



Flávia Orind Ferreira

Juízos morais dos profissionais de saúde: uma análise a partir de dilemas éticos relacionados ao valor da vida

Rio de Janeiro

2017



Flávia Orind Ferreira

Juízos morais dos profissionais de saúde: uma análise a partir de dilemas éticos relacionados ao valor da vida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Rego

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F383j Ferreira, Flávia Orind.
 Juízos morais dos profissionais de saúde: uma análise a
 partir de dilemas éticos relacionados ao valor da vida /
 Flávia Orind Ferreira. -- 2017.
 132 f.

 Orientador: Sergio Rego.
 Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação de
 Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Escola Nacional
 de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

 1. Moral. 2. Desenvolvimento Moral. 3. Assistência à
 Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Educação. 6. Ética. I. Título.

CDD – 22.ed. – 155.25

Flávia Orind Ferreira

Juízos morais dos profissionais de saúde: uma análise a partir de dilemas éticos
relacionados ao valor da vida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em: 13 de setembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Monica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Sergio Henrique de Oliveira Botti
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Luciana Narciso da Silva Company
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

AGRADECIMENTOS

Ao querido professor Sergio Rego, pelos preciosos ensinamentos, orientação e incentivo em toda minha trajetória. A você, que é e continuará sendo para mim uma referência, toda minha gratidão.

A Sabine pelo carinho e contribuições para a construção, aperfeiçoamento e conclusão deste trabalho.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela oportunidade de aprendizado, em especial, aos professores Olinto Pegoraro, Debora Diniz, Maria Clara Dias e Marisa Palácios.

Aos residentes, que gentilmente se disponibilizaram a responder a entrevista, contribuindo para a reflexão sobre a formação ética dos profissionais de saúde.

Aos professores Stella Taquette e Alexandre Costa, que enriqueceram esta tese com suas análises críticas como banca examinadora na ocasião do meu exame de qualificação.

Meus agradecimentos a Monica Wermelinger, Sergio Botti, Marisa Palácios e Luciana Narciso pelas valorosas contribuições e apontamentos enquanto banca examinadora da defesa desta tese e também ao professor Tulio Batista Franco por compor a banca.

A todos que fazem parte da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ambiente que traz a força do conhecimento em todos os seus espaços, e em especial, a secretária Joelma e a Lisania e Maria Emília do Comitê de Ética em Pesquisa, pela gentileza, eficiência e dedicação ao longo desses anos.

A minha chefia e colegas de trabalho pelo apoio para que eu pudesse finalizar esta tese.

A minha família e amigos por estarem sempre ao meu lado!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (Carl Jung)

RESUMO

A moral presente na vasta teia de interações humanas constrói-se ao longo da vida da pessoa e deve refletir seu compromisso ético com as questões sociais. Para o desenvolvimento moral dos indivíduos é necessária uma formação voltada para o posicionamento autônomo, crítico e democrático, imprescindíveis à convivência numa sociedade plural. Contudo, na formação dos profissionais de saúde esse enfoque geralmente permanece relegado à condição secundária diante do conteúdo técnico, o que pode fazer com que as tomadas de decisões nesse âmbito não resguardem os direitos e garantias dos usuários, descaracterizando o cuidado em saúde. Este estudo teve como proposta conhecer e analisar os juízos morais dos profissionais de saúde diante de dilemas éticos relacionados ao valor de vida, identificar e analisar os modelos de argumentação de seus discursos e refletir sobre as possibilidades de ações educativas para melhor preparação dos profissionais frente às questões morais. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas aos residentes médicos e multiprofissionais de uma instituição pública de referência na assistência e que oferece cursos de pós-graduação para profissionais de saúde. A entrevista aos profissionais se deu a partir da apresentação de três dilemas morais e de um roteiro de perguntas que seguiu o padrão usado por Lawrence Kohlberg, embora não pretendêssemos realizar a classificação dos indivíduos em estágios, mas tão somente identificar os fundamentos de suas escolhas. A interpretação se deu pela Análise de Conteúdo de Bardin. Observou-se que a maioria das respostas dos entrevistados estiveram voltadas para uma perspectiva heterônoma, o que reforça a necessidade de se envidar esforços para uma formação ética dos profissionais de saúde. Com isso, entende-se que é imprescindível imprimir relevância ao tema e implementar projetos de intervenção pedagógica que auxiliem na construção de um pensamento crítico-reflexivo acerca das questões morais.

Palavras-chave: moral; desenvolvimento moral; assistência à saúde; pessoal de saúde; educação

ABSTRACT

The morality is present in the vast web of human interactions is built throughout the person's life and must reflect his ethical commitment to social issues. For the moral development of individuals, a formation is required for the autonomous, critical and democratic positioning, indispensable for coexistence in a plural society. However, in the training of health professionals, this approach usually remains relegated to the secondary condition due to the technical content, which may mean that the decision making in this scope does not protect the rights and guarantees of users, mischaracterizing health care. The purpose of this study was to know and analyze the moral judgments of health professionals regarding ethical dilemmas related to the value of life, to identify and analyze the argumentation models of their speeches and to reflect on the possibilities of educational actions to better prepare professionals for moral issues. The research was descriptive, exploratory and qualitative. We collected the data through semi-structured interviews with medical and multi-professional residents of a public reference institution in care and offering postgraduate courses for health professionals. We presented three moral dilemmas and a questionnaire that followed the standard used by Lawrence Kohlberg, although we did not intend to classify the individuals in stages, but only to identify the fundamentals of their choices. We used the Bardin's approach to the analysis. We observed that the majority of respondents' answers were oriented to a heteronomous perspective, which reinforces the need to make efforts for moral training of health professionals. We concluded that it was necessary to make relevance to the theme and to implement projects of pedagogical intervention that help in the construction of a critical-reflexive thinking about the moral issues.

Keywords: moral; moral development; delivery of health care; health personnel; education

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A QUESTÃO DA MORALIDADE	15
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA E A MORAL	16
2.2 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A MORAL	19
2.3 FUNDAMENTAÇÃO DOS JUÍZOS MORAIS	21
3 A DIMENSÃO MORAL DO CUIDADO EM SAÚDE	29
3.1 TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS ORIENTADORAS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE – RELAÇÕES COM A MORALIDADE	30
3.2 POSSÍVEIS ENFRENTAMENTOS DIANTE DAS INSUFICIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE	35
4 EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO MORAL: UM CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO CRÍTICO E AUTÔNOMO	40
4.1 DESENVOLVIMENTO MORAL NA PERSPECTIVA COGNITIVISTA DE PIAGET E KOHLBERG	43
4.2 A PERSPECTIVA DE CAROL GILLIGAN: UM OUTRO OLHAR SOBRE A MORALIDADE	53
4.3 A EDUCAÇÃO MORAL COMO FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MORAL	55
4.4 EDUCAÇÃO MORAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ABORDAGENS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS	63
5 OBJETIVOS	67
5.1 GERAL	67
5.2 ESPECÍFICOS	67
6 METODOLOGIA	68
6.1 LOCAL DO ESTUDO	69
6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	69
6.2.1 A residência em saúde	71
6.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	72

6.4 ANÁLISE DOS DADOS	74
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	76
7 RESULTADOS	78
8 DISCUSSÃO	95
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXO	130

1 INTRODUÇÃO

As questões de natureza ética e moral sempre permearam discussões em diversos campos do saber como o filosófico, o sociológico e o pedagógico. Atualmente, a problematização dos comportamentos e atitudes humanas que tangenciam os direitos individuais fundamentais faz com que esse tema ocupe um lugar de destaque no âmbito acadêmico e na vida cotidiana. Além disso, a dificuldade em saber como agir diante dos dilemas emergentes requisita uma abordagem ética, colocando-a em evidência. Acreditamos ser de grande relevância esse tema, pois a ética e a moral orientam o pensamento e as ações das pessoas, o que tem repercussão na vida de cada uma delas e naquela que desejamos construir juntos.

Apesar de crescente, a preocupação sobre como atuar de forma ética, mais justa e responsável ainda é subestimada em nossa sociedade. Muitas pessoas acreditam já existir um consenso acerca do agir moralmente, respaldando suas decisões nas regras vigentes e em certas tradições e dogmas, aos quais atribuem uma autoridade definitiva e incontestável. No entanto, desde a modernidade, o suposto consenso acerca da moralidade de certas práticas vem sendo questionado por aqueles que reconhecem uma perspectiva moral plural e por aqueles que assumem uma corresponsabilidade pela legitimidade das normas instituídas (GOERGEN, 2001, 2007).

Além disso, diante do desenvolvimento das biotecnociências, principalmente durante a década de 60, e do surgimento de forças e movimentos sociais questionadores do *status quo*, as respostas fundamentadas em um princípio absoluto (como no princípio da sacralidade da vida) tornaram-se incapazes de resolver as questões morais emergentes e outras que, numa sociedade caracterizada pela pluralidade moral, passaram a ser percebidas (MORI, 1994; REGO; PALACIOS, 2017).

Os avanços obtidos com a revolução científica e tecnológica no campo da biologia e da saúde, na chamada “revolução terapêutica” na medicina, colocou os homens diante de situações até então inconcebíveis e suscitou formas de lidar que não aquela tradicional (MORI, 1994). O progresso que, por um lado, aumentou a expectativa e qualidade de vida da população, por outro, produziu situações que passaram a requerer uma análise responsável a fim de proporcionar realmente o bem-estar dos indivíduos (GARRAFA,

1999). Isso porque as notáveis transformações advindas do desenvolvimento biotecnocientífico, ocorreram distantes de uma preocupação ético-moral, quando na verdade deveriam estar subordinadas à tais valores. Com isso novos problemas se colocaram à consciência moral dos indivíduos e da sociedade em geral (como a engenharia genética, a reprodução humana assistida, a clonagem, a consideração dos animais não-humanos) e discussões sobre temas antigos e bastante debatidos como da eutanásia e do aborto foram retomadas.

A complexidade em saber quais atitudes são moralmente corretas é decorrente de atravessamentos de ordens diversas como cultural, religiosa, econômica, política, social e nos incita à reflexão sobre liberdade, responsabilidade, justiça, dentre outros. Nesse sentido, vislumbramos o desenvolvimento e a educação moral como facilitadores para a conquista de uma consciência crítica e autônoma capaz, por sua vez, de propiciar atitudes mais responsáveis e formas mais justas de convivência.

Uma lacuna ou falha deste processo de desenvolvimento e formação moral do indivíduo poderá resultar em práticas desumanas e injustas, em especial, na produção do cuidado em saúde, em que os profissionais lidam com indivíduos em condição de vulnerabilidade. Torna-se, portanto, imprescindível que eles, como agentes morais que são, decidam de forma refletida sobre suas práticas e assumam responsabilidade para com seus pacientes. Assim, é importante considerarmos o processo de desenvolvimento moral, que se inicia desde a mais tenra idade e transcorre todo o crescimento do indivíduo (PIAGET, 1932/1994), também na idade adulta, visando a continuidade e o aperfeiçoamento de sua formação.

Apesar da determinação e reconhecimento da relevância da educação moral pelas instituições de ensino profissional, na prática, estas pouco valorizam a formação moral e a tratam como se ela decorresse naturalmente da formação técnica (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008). A discrepância entre educação e ética na teoria e na prática torna-se perceptível, por exemplo, ao analisarmos o espaço exíguo ocupado pela ética no processo de formação profissional em saúde (REGO, 2003; GOERGEN, 2005).

Sabemos, contudo, que a construção do sujeito moral não depende especificamente de uma formação disciplinar, seja em filosofia ou em ética, ou seja, que o ensino por si só não promove o desenvolvimento moral (MENIN, 2002; REGO; GOMES; SIQUEIRA-

BATISTA, 2008; MASCARENHAS; ROSA, 2010). A qualidade das relações que se estabelecem e as oportunidades de interação entre os indivíduos e deles com seu meio social são fatores determinantes para passagem do julgamento fundamentado em interesses egoísticos aos baseados em princípios éticos altruístas e solidários (PIAGET 1932/1994; REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Além disso, apesar da capacidade do raciocínio crítico não conseguir, sozinha, fundamentar ontologicamente o agir moral, o fato do indivíduo pensar em suas ações e nas possíveis consequências que delas decorrem, contribui para atitudes mais justas (KOHLEBERG, 1981). Ou seja, o raciocínio crítico, ao incluir a habilidade de se colocar no lugar do outro e conceber novas e diferentes formas de lidar com os problemas, viabiliza a concepção da noção de justiça (PIAGET, 1932/1994; KOHLBERG, 1981), que pode colaborar para revisão de normas preestabelecidas e engessadas não adequadas a determinadas circunstâncias.

A observação da dificuldade em dirimir situações de conflito ético-moral no âmbito da prática profissional em saúde, a falta de raciocínio crítico sobre as condutas, assim como de ambientes não favoráveis para o desenvolvimento moral despertou em mim o interesse para realização desse trabalho, o qual remete diretamente a minha vivência como fisioterapeuta em instituições públicas de saúde. A percepção de que, na maioria dos casos, o cuidado oferecido desconsidera os desejos e necessidades dos usuários e de que em situações de conflitos os argumentos utilizados estão orientados por perspectivas relacionadas à obediência/castigo e ao atendimento de interesses próprios, fundamentados no código de ética, na legislação penal e/ou na moral religiosa sem uma reflexão crítica acerca da moralidade foi a principal motivação para esse trabalho.

Assim, esta pesquisa teve como **objetivo geral** analisar os juízos morais dos profissionais de saúde diante de dilemas éticos relacionados ao valor da vida, a partir de teorias acerca do desenvolvimento moral. Como **objetivos específicos** tivemos: conhecer os juízos morais dos profissionais de saúde diante dos dilemas; identificar e analisar os modelos de argumentação dos discursos dos profissionais de saúde entrevistados; discutir a importância da educação moral e refletir sobre as possibilidades de ações educativas para melhor preparação dos profissionais de saúde frente aos problemas morais.

Inicialmente no primeiro capítulo apresentaremos uma análise conceitual dos termos ética e moral a fim de nos apropriarmos dos elementos conceituais para que possamos discorrer de forma clara sobre o tema a ser estudado. Feito isso, faremos uma breve contextualização histórica sobre a moral e, ainda, com o objetivo de descobrir como são construídas as bases para uma conduta moral, descreveremos as propostas de fundamentação dos juízos morais e o arcabouço teórico que as sustentam.

O segundo capítulo inicia-se com uma contextualização do cuidado como prática moral. Mostraremos em seguida como as transformações no decorrer do tempo, mais precisamente, em como o poder do homem sobre a natureza e o mundo, modificou a perspectiva do cuidado. Descreveremos como um cuidado cuja característica esteja voltada para obediência estrita ao capital, ao biopoder, ao modelo biomédico e/ou a uma moral fundada, essencialmente, em valores impostos, se desvincula de seu sentido/essência. Também mostraremos algumas abordagens que passaram a ser consideradas para um cuidado mais humanizado.

No terceiro capítulo faremos um histórico sobre os teóricos que se propuseram a estudar como se dá o desenvolvimento moral do ser humano, trazendo importantes considerações de Piaget e Kohlberg. Esses autores descrevem a estimulação cognitiva e a interação social como fatores essenciais para a promoção e ampliação da capacidade de raciocínio crítico e, por conseguinte, do desenvolvimento moral. Apresentaremos, ainda, a educação moral como proposta para resgatar os valores que devem conduzir a uma atuação responsável, humana e justa, podendo favorecer um cuidado acolhedor e atento aos direitos fundamentais dos indivíduos.

O quarto capítulo apresentará a metodologia do estudo, realizado a partir de uma abordagem qualitativa. Foram entrevistados vinte e seis profissionais de saúde dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional de uma instituição pública de referência que além da assistência oferece cursos de pós-graduação que objetivam capacitar profissionais de nível superior da área da saúde. Na primeira parte da entrevista foram coletados dados gerais como idade, formação, tempo de atuação profissional, dentre outros. A seguir, foram apresentados três dilemas éticos, sendo realizados questionamentos aos participantes objetivando conhecer suas justificativas e identificar por quais perspectivas

eles orientam suas decisões. Para análise das respostas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

No quinto capítulo mostraremos os resultados desse estudo. Nos três dilemas as respostas dos entrevistados estiveram basicamente voltadas para uma perspectiva heterônoma, sendo que no dilema de Heinz prevaleceu uma orientação para manutenção da ordem social e nos demais para obediência/castigo. Poucos foram aqueles profissionais que apresentaram uma visão autônoma e quando o fizeram não mantiveram essa perspectiva em todo o seu discurso.

A discussão, no sexto capítulo, volta-se, portanto, ao problema da justificação em modelos heterônomos, uma vez que basear-se em tais modelos para tomadas de decisão na prática em saúde pode colocar em risco o bem-estar do paciente e até mesmo atentar contra sua dignidade e os direitos humanos básicos. Além disso, refletiremos sobre as possibilidades de ações educativas para melhor preparação dos profissionais de saúde frente aos problemas morais. Por fim, realizamos as considerações finais a respeito do estudo.

2 A QUESTÃO DA MORALIDADE

Ética e moral sempre foram temas abordados pela filosofia. Nos dias atuais, tendo em vista uma multiplicidade de questionamentos e conflitos presentes na esfera pessoal e social, as questões desse âmbito passaram a demandar maior atenção. Uma inquietação produzida por esse cenário e legitimada por uma crise de valores e de sentido da vida (RENAULT, 1994; BAUMAN, 1998; JARES, 2005; LA TAILLE; MENIN, 2009) ampliou o interesse pelo assunto enquanto elemento central de reflexão sobre o comportamento humano.

Para La Taille e Menin (2009), o crescente interesse pela moral pode ser reflexo dessa crise, traduzida por um mal-estar caracterizado pela “falta” ou “inversão” de valores da maioria dos cidadãos, ou ainda, pela “anomia” que destruiria as relações humanas. Aqui entendemos anomia como Piaget (1932/1994) que relaciona o termo a falta de uma consciência de obrigação para com os outros, o que só deveria ocorrer no início do desenvolvimento da criança quando ela começa a se diferenciar do outro.

Outra hipótese aventada pelos autores que também poderia justificar um maior interesse pelo tema nos últimos tempos faz alusão a tempos de “valores em crise”, que traz a noção de que os valores morais não desapareceram, mas sofreram um processo de transformação e, por conseguinte, tiveram suas interpretações modificadas (LA TAILLE; MENIN, 2009).

Nesse sentido, o sociólogo e historiador norte-americano Richard Sennett (1988) aponta um “empobrecimento” moral e julga que uma das causas dessa decadência é a hipervalorização do privado em detrimento do público, produto das mudanças produzidas, principalmente, pelo capitalismo globalizado que almeja o lucro e o consumismo desenfreados. Para o autor, atualmente, os indivíduos procuram satisfazer seus próprios interesses sem se preocupar em como isto poderá afetar o outro.

Segundo Rego e Palacios (2016), esse cenário assume especial gravidade em nosso país. Isso porque os princípios da convivência democrática e o espaço da política que deveriam ser preservados num processo de mudança, no Brasil, um país marcado pela pobreza, pela desigualdade social e pela exploração dos trabalhadores, assim como por uma

tradição autoritária, antidemocrática e patrimonialista, encontram-se fortemente ameaçados e minimizados, quando não, extintos.

A partir desse contexto, inúmeros questionamentos afloraram nas últimas décadas e inspiraram cientistas, educadores e leigos a refletir em busca do resgate da consciência ética e/ou moral. Podemos dizer que “a ética saiu às ruas e se pôs a trabalhar lado a lado com médicos, economistas, políticos e jornalistas [...] a fim de encontrar soluções concretas para problemas concretos” (CORTINA, 2003, p. 50).

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA E A MORAL

É tênue a diferença entre ética e moral, tanto que geralmente os termos são comumente usados para se referir a um mesmo domínio de reflexão e a um mesmo campo de fenômenos. As raízes etimológicas das palavras explica a aproximação entre ambas, razão pela qual são empregadas indistintamente no cotidiano e consideradas como sinônimas por vários estudiosos.

O vocábulo **ética** tem sua origem no substantivo ‘ethos’, radical grego que constitui uma transliteração de dois vocábulos *éthos* e *êthos*. No primeiro, *éthos* significa “morada” ou “abrigo”, conferindo ao termo um sentido de proteção. Sua significação como morada dá origem ao outro sentido do *éthos*, o de “costume”, estilo de vida e ação, relacionando-se aos hábitos ou tradições. O segundo, *êthos*, está mais próximo do que hoje entendemos por ética, pois faz referência ao “caráter” pessoal como um modelo quase invariante de disposições morais, afetivas, comportamentais e intelectuais de um indivíduo. Relaciona-se, portanto, às faculdades do caráter ou “modo de ser”, que uma pessoa ou um grupo de pessoas apresenta ao longo da vida (LIMA VAZ, 1999; GONTIJO, 2006; FIGUEIREDO, 2008; FIGUEIREDO; GUILHEM, 2008). Para os gregos, o ‘ethos’ designava, portanto, o conjunto de comportamentos e hábitos característicos da essência do homem.

Ocorre que no latim não existia uma palavra para traduzir os sentidos do ‘ethos’, o que fez com que essa distinção fosse perdida em sua essência. Ambos foram traduzidas por ‘mos’ ou ‘mores’, pois era o termo que mais se aproximava e que no latim significava tanto “costumes” como “caráter”. Logo, por não haver uma tradução satisfatória para o ‘ethos’, utilizou-se o ‘mos’ ou ‘mores’ como sinônimo, dando origem ao termo **moral**

(FIGUEIREDO, 2008, GARRAFA, 1999). Também do latim originaram-se as bases do Direito romano, com a elaboração do conceito que denominamos justiça. Desse modo, a "correta" normatização passou a ser concebida como as leis que revelavam as situações concretas, da forma mais próxima aos costumes ou hábitos das pessoas e comunidades conduzirem suas vidas em sociedade. Com isso, a moral romana acabou adquirindo uma conotação formal e imperativa, voltada a interpretação jurídica e não a natural, a partir da polarização entre o "bem" e o "mal", o "certo" e o "errado", o "justo" e o "injusto" (GARRAFA, 1999).

Pelos vocábulos estarem inter-relacionados de forma dialética, vários autores não fazem distinção entre os mesmos, como também propõe Monique Canto-Sperber (2005), organizadora do Dicionário de Ética e Filosofia Moral:

[...] não há nenhuma dúvida sobre o fato de que os termos 'moral' e 'ética' designam o mesmo domínio de reflexão. E para nos referirmos ao tipo particular de atitude que é a reflexão sobre a ação, o bem ou o justo podemos nos servir indiferentemente de qualquer um dos dois termos (CANTO-SPERBER, 2005, p.35).

Outros, por observarem diferentes nuances de significação, as empregam com sentidos diferentes. Para Paul Ricoeur (1995), por exemplo, a ética faz alusão ao bem viver, às virtudes, às práticas concretas, influenciando a relação do indivíduo com ele próprio e com os outros, enquanto a moral traduz uma obrigatoriedade de normas e deveres que orientam a vida em sociedade, ou seja, dita o comportamento do indivíduo frente aos demais. Em outras palavras, enquanto a primeira discute questões práticas, sistemas normativos que visam orientar as ações humanas, a segunda preconiza os deveres fundamentais de um indivíduo para com os demais, sendo algo imposto a ele.

Essa distinção faz com que alguns filósofos considerem a ética como teoria ou ciência do comportamento moral dos seres humanos em sociedade. Ela estuda um tipo de fenômeno que se verifica na vida do homem enquanto ser social, o qual denominamos de mundo moral. Nessa concepção, a ética se depara com as práticas morais em vigor e, partindo delas, procura determinar a essência da moral, ou seja, explicar sua natureza, fundamentos e condições da moral (VÁZQUEZ, 1999; COTRIM, 1998).

O comportamento moral não é a manifestação da natureza humana eterna e imutável, mas sim de uma natureza sujeita ao processo de transformação que integra a

história da humanidade. A moral, enquanto um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa determinada comunidade social, tem significado, função e validade variável historicamente nas diferentes sociedades e no tempo. E apesar de não ser científica, pode ser investigada racional e objetivamente (VÁZQUEZ, 1999).

Para Adela Cortina e Emilio Martínez (2013), a ética é um saber que se tenta construir racionalmente a partir do rigor conceitual e de métodos de análise específicos da filosofia. Nesse sentido, a ética se constitui como “filosofia moral”, a qual se dedica à reflexão sobre a moral ou diferentes morais, e, sobretudo, sobre as diversas formas de justificar a vida moral (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013).

A ética objetiva compreender a dimensão moral do ser humano sem, entretanto, reduzi-la a seus aspectos psicológicos, sociológicos, políticos, econômicos, dentre outros, e sem ignorar que tais fatores condicionam o mundo moral. Por compreender uma reflexão, a ética não incide de maneira imediata na vida cotidiana, mas orienta indiretamente as ações humanas, indicando a concepção moral mais razoável de ser seguida, a partir da qual devemos guiar nossas condutas (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013).

Yves de La Taille (2006) faz uma consideração bastante interessante ao diferenciar os termos. Ele correlaciona moral ao fenômeno social, entendendo este como um conjunto de regras que conduz as comunidades humanas, cuja violação implica sanções sociais e legais, e a ética à reflexão filosófica ou científica sobre ela. Para La Taille, apesar de ser apenas uma convenção, com essa diferenciação entre os sentidos dos termos torna-se possível não só nomear diferentemente o objeto e a reflexão que incide sobre ele, como também, e o mais interessante, destacar o fato de se poder viver uma moral sem nunca se ter realizado uma reflexão ética, ou seja, sem que em algum momento se tenha questionado o porquê das normas e regras vigentes (LA TAILLE, 2006).

Vale ressaltar, mesmo diante da diferenciação de significados, a relação de complementaridade entre a ‘ética’ e a ‘moral’. A ética implica a moral, enquanto objeto de sua reflexão e sem a qual não existiria; e a moral implica a ética, para se repensar à pertinência das normas e regras morais instituídas ao longo do tempo, mas pouco analisadas a partir dos princípios que as fundamentam (PEDRO, 2014). Além disso, ambos vocábulos se relacionam ao conhecimento que nos orienta para formação de um bom caráter, para que sejamos humanamente íntegros e tenhamos uma vida justa e feliz (CORTINA, 2003).

Apesar de reconhecermos as distinções entre os termos, nesta tese utilizaremos um e outro como sinônimos, uma vez que as nuances de significação não influenciarão na discussão que nos propomos fazer.

2.2 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A MORAL

As doutrinas éticas surgem e se desenvolvem em diferentes épocas e contextos sociais como respostas às questões ou aos problemas apresentados pelas relações humanas. Essa relação entre as concepções ético-morais e a realidade social deixa evidente o caráter histórico da moralidade sujeito, portanto, a mudanças (VÁZQUEZ, 1999). Isso porque a sociedade está em constante transformação, ou seja, as formas como os humanos se relacionam, se organizam, trabalham, se divertem, enfim, como vivem mudam com o passar do tempo.

Na Antiguidade, os filósofos gregos já questionavam sobre a ética e a moralidade humana e atentavam para os significados dos valores morais. Sócrates, Platão e Aristóteles foram os primeiros pensadores a se dedicarem a reflexão acerca da natureza do bem e da virtude e a uma análise sobre o agir do homem (FIGUEIREDO, 2008; VALLS, 1994). Sócrates estudou as virtudes humanas, próprias do homem bom e admitiu a necessidade de um pensamento normativo para discernir o bem e o mal, o correto e o incorreto, o justo e o injusto, relacionando o termo 'ética' às preocupações com as boas condutas (CHAUÍ, 1995; COTRIM, 1998). Embora as reflexões iniciais sobre este tema tenham sido atribuídas a ele, foi Aristóteles o primeiro a realizar uma apresentação sistemática da ética (FIGUEIREDO, 2008).

Em sua obra, *Ética a Nicômaco*, a partir da constatação de que todas as atividades visam um fim, ele interroga-se sobre haver uma finalidade última das atividades humanas e julga que o bem é aquilo a que todos visam. Desse entendimento, deduz-se que a ética serve para conduzir as ações humanas a respeito das boas ações (virtudes) ou das não-éticas, às más (vícios) (FIGUEIREDO, 2008). Ele ainda destacou vários problemas que posteriormente adquiriram importância central para a reflexão filosófica e passaram, portanto, a reter a atenção dos filósofos como a relação entre as normas e os bens; a relação

entre a ética individual e a social; a classificação das virtudes; os exames da relação entre a vida teórica e a vida prática, dentre outros (FIGUEIREDO, 2008).

Segundo Cotrim (1998), no período que se estendeu da expansão militar de Roma à decadência do Império houve pequena contribuição em relação à originalidade das ideias filosóficas. Já na Idade Média, marcada por conflitos e conciliação entre a fé e a razão, destacaram-se as ideias de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino acentuadas pela visão cristã (COTRIM, 1998; D`AVILA, 2010).

Na modernidade, uma série de transformações histórico-sociais possibilitaram ao homem um pensamento mais livre e autônomo, tornando-o mais responsável por suas atitudes. O movimento Iluminista guiado pelo humanismo, resgatou a cultura greco-romana e seus ideais de exaltação do homem e atributos como a razão e a liberdade. Destacam-se assim, uma mentalidade racionalista e o desenvolvimento da ciência natural com métodos científicos objetivos. Nesse período, a filosofia se desenvolveu em torno de duas perspectivas: a racionalista, cujo ponto de partida era o sujeito pensante e não o mundo exterior, com ênfase nas ideias inatas, defendida por Descartes; e a empirista, que rejeita tal inatismo e valoriza a experiência sensível, como preconizava Thomas Hobbes, John Locke e David Hume (COTRIM, 1998; D`AVILA, 2010).

Apesar da dificuldade em reduzir as diversas doutrinas éticas deste período a um denominador comum, é possível destacar que no mundo moderno a ética apresentou uma orientação antropocêntrica, em oposição àquela teocêntrica e teológica da Idade Média (VÁSQUEZ, 1999). O máximo do antropocentrismo foi obtido com Immanuel Kant, que reconheceu que o homem como sujeito cognoscente ou moral é ativo e criador, estando no centro tanto do conhecimento quanto da moral e, portanto, dando a si mesmo a sua própria lei (VÁSQUEZ, 1999).

Dentre diversas considerações sobre a moral, ao reconhecer o homem como ser racional, Kant admite que ele existe como fim em si e não simplesmente como meio, diferentemente dos demais seres desprovidos de razão, que têm apenas um valor relativo (KANT, 1974). Daí se depreende a necessidade de qualquer ação reconhecer no homem sempre uma finalidade e nunca um meio para um fim desejado, como ele mesmo destaca: “age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na sua pessoa como na pessoa de

qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (KANT, 1974, p. 229).

Na contemporaneidade, Hegel apresenta sua crítica ao formalismo kantiano, sugerindo que o conteúdo da moralidade é de natureza histórico-social, resultante da interação entre indivíduo e sociedade, ou seja, admitindo a sujeição do homem às leis naturais e culturais (COTRIM, 1998; D`AVILA, 2010; COHEN; SEGRE, 1994). Esse entendimento pressupõe que a construção do sujeito ético-moral decorre do seu desenvolvimento, sendo os valores, a moral e a ética significados a partir de suas vivências.

2.3 FUNDAMENTAÇÃO DOS JUÍZOS MORAIS

Somos educados, de maneira geral, com a convicção de que devemos agir moralmente. Tal moralidade é quase sempre aceita por nós passivamente, sem uma análise mais profunda e detalhada de sua natureza. Todavia, a linguagem moral, de caráter prescritivo e de pretensão de validade universal como defendida por Hare (1996, 2003), que por vezes faz com que contrariemos desejos e interesses próprios, fomenta o interesse pelo conhecimento da fundamentação ou justificação de nossos juízos morais. Nesta seção, antes de nos dedicarmos a procura de tal fundamentação, é pertinente que elucidemos o que seria propriamente o juízo moral.

Via de regra, juízos morais caracterizam-se por enunciar não como as coisas são de fato, mas aquilo que deveria ser ou que gostaríamos que fosse (DIAS, 2016; 2015a). Por prescreverem como se deve agir ou que estado de coisas devemos desejar, tais juízos são considerados como prescritivos, e ainda contem em si a pretensão de validade universal. Estes, ao incorporarem determinado aspecto valorativo, distinguem-se dos juízos descritivos, que buscam conferir veracidade ou falsidade a certos fenômenos como nossas crenças acerca dos objetos ou aos próprios estados psicológicos (DIAS, 2016; 2015a).

Considerados como “juízos de valor”, os juízos morais não seriam apenas apreciações de estima ou aversão, nem simplesmente pautados na satisfação de desejos, mas sim uma forma de regulamentação das relações entre os homens numa determinada sociedade (DEWEY, 1980; VÁZQUEZ, 1999). Entretanto, diante da variedade e

diversidade de juízos morais, entre diferentes épocas e sociedades e, inclusive, dentro de uma mesma sociedade, passamos a temer um inimigo do domínio moral: o relativismo. Isso porque o relativismo admite que todos os juízos morais são igualmente válidos e justificados, o que poderia legitimar até mesmo certo amoralismo (VÁZQUEZ, 1999). Este cenário passou então a requerer e a instigar a busca por critérios que pudessem justificar ou fundamentar os juízos morais, em outras palavras, a resposta da seguinte pergunta: por que devo agir ou não de determinada forma?

Durante muito tempo essa resposta fundamentou-se em uma autoridade transcendente e detentora de poder sobre os demais: Deus. A entidade metafísica enquanto ser onipotente e onisciente era a razão incontestável das normas morais de uma sociedade em sua maioria religiosa. Contudo, particularmente na idade moderna, muitos estudiosos e filósofos começaram a questionar tal fundamento e se empenharam em buscar uma referência para orientação das ações humanas que não valesse somente para os adeptos de determinada crença, ou seja, em descobrir quais fundamentos poderiam servir, de fato, como base para justificar os juízos morais (CORTINA, 2003, DIAS, 2015b).

Nessa época o ser humano passou a ocupar um lugar central sobre tudo que se pode saber e querer, característica principal da modernidade, e tanto a esfera do conhecimento quanto a questão ética sobre como agir passaram a ser pautadas pela investigação acerca da natureza humana (DIAS, 2016). Tal contexto fez com que a justificação do porquê aceitar um juízo moral passasse a ser fundamentada pela própria natureza humana enquanto ser sensível e racional.

Assim, alguns pensadores, ao negarem qualquer tipo de transcendência nos valores morais, justificaram que a fonte da moralidade não é outra senão a própria natureza humana, cuja tendência nos aproxima daquilo que nos dá prazer e nos afasta daquilo que nos causa dor e sofrimento. Partindo dessa concepção, o filósofo David Hume (HUME, 1975a; 1975b) atribuiu aos instintos e sentimentos um papel essencial na estruturação e distinção de nosso pensamento e ação entre o que é ou não moral.

O apelo naturalista humeano considerou que o sentimento partilhado por todos é a empatia e a humanidade e observou que as expectativas de prazer e dor, que se encontram na raiz dos sentimentos, são os condicionadores que nos movem a agir, de modo que a

razão não compreende a base da moralidade. Ao introduzir a sensibilidade como elemento constitutivo de nossas funções substanciais e, sobretudo, na moralidade, a abordagem de Hume enfraquece a fundamentação inteiramente racional e segura de nossas crenças morais, especialmente sobre a capacidade da razão ditar as regras que deverão ser obedecidas pela vontade (DIAS, 2015a; WILLIGES, 2011).

Além de Hume, emotivistas como Alfred Ayer e Charles Stevenson também rejeitaram a razão em seu papel de fonte de nossos juízos morais (VÁZQUEZ, 1999; CORTINA; MARTÍNEZ, 2013). Para eles as proposições morais não seriam nada mais que enunciados sem um significado comprovável. Pelo contrário, expressariam somente uma atitude emocional subjetiva, sentimentos e desejos de aprovação ou desaprovação de quem os elabora. Ou ainda, sua função seria de evocar determinadas emoções nos indivíduos, atitudes de aceitação ou rejeição de tal enunciado. Nesses casos, a apreciação emocional seria a própria motivação e justificção de determinada atitude (VÁZQUEZ, 1999; CORTINA; MARTÍNEZ, 2013; DIAS, 2015a).

Embora haja uma relação entre juízos morais e sentimentos como defende Hume, existem alguns problemas a serem enfrentados nessa tentativa de fundamentação. O primeiro reside na dificuldade em comprovar que, enquanto seres de natureza sensível (1) de fato, buscamos o prazer e evitamos a dor, uma vez que possuímos fartas evidências de que tais sentimentos e sensações não se dão necessariamente dessa forma para todas as pessoas; e (2) possuímos um sentimento que faz com que contrariemos interesses pessoais em prol da satisfação coletiva, ou seja, uma preocupação se projeta para além da satisfação pessoal (DIAS, 2015a). Vale destacar ainda que sentimentos não podem ser impostos nem exigidos, demonstrando mais uma inconsistência de fundamentar o caráter imperativo de um enunciado moral na natureza sensível dos seres humanos (DIAS, 2015a).

Também, se reduzirmos os juízos morais à expressão de uma atitude emocional, as diferenças de juízos se transformam em diferenças emotivas e não se pode falar de divergências morais porque certos juízos sejam válidos e outros não. Seguindo o mesmo raciocínio, se o juízo moral puder ser a expressão de uma emoção, qualquer sentimento pode conferir validade ao juízo que a expressa, fazendo com que as divergências sejam emotivas e não propriamente éticas (VÁZQUEZ, 1999). Além disso, argumentar visando

uma tomada de decisão autônoma e ponderada não é o mesmo que tentar provocar psicologicamente uma atitude como defendido por Stevenson (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013).

O risco de uma linguagem moral que se reduz somente a critérios intersubjetivos pode recair numa forma de “manipulação” como meio para alcançar determinado fim torna-se evidente em todos esses casos (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013). Pois, ao aprofundarmos um pouco nossa análise, podemos perceber que tanto as apreciações sensíveis quanto as imediatas e intuitivas podem respaldar-se em sentimentos, valores e hábitos construídos muito cedo na vida. Em geral, estes são adquiridos precocemente no âmbito social, antes mesmo que o indivíduo tenha atingido a capacidade cognitiva e reflexiva para questioná-los (DEWEY, 1980). Isto posto, as disposições afetivas também são fruto de condicionamentos sociais e, portanto, reguladas por normas morais instituídas previamente (BUTLER, 2010). Nesse caso, tais condicionamentos e a falta de reflexão crítica poderiam favorecer imensamente a perpetuação de práticas discriminatórias e injustas, por exemplo.

Outra tentativa de fundamentação dos juízos morais tem por base o ser humano enquanto ser racional. Essa proposta, que teve sua origem em Immanuel Kant, introduziu a ideia de que as normas morais seriam princípios de determinação da conduta isenta de todo e qualquer conteúdo de determinação sensível (empírica/subjetiva) e, portanto, guiados unicamente pelo imperativo da razão. Ao rejeitar as inclinações sensíveis, Kant confiou o caráter prescritivo da moralidade aos argumentos racionalmente válidos que o sustentam, concebendo, portanto, como normas morais princípios de determinação da conduta reconhecidos como universalmente válidos (VÁZQUEZ, 1999; CORTINA; MARTÍNEZ 2013; DIAS, 2015a; 2015b).

Entretanto, a justificação racional dos juízos morais também por vezes pode ser muito pobre, pois, em geral, o código moral é aceito sem necessidade de justificação (VÁZQUEZ, 1999). Nesse caso, o peso dos costumes, da tradição e dos sistemas de normas estabelecidos e cristalizados pode levar o indivíduo a pensar que age em obediência exclusiva à sua consciência, quando na verdade sua suposta “voz interior” não deixa de revelar a influência social reguladora do mundo do qual faz parte (VÁZQUEZ, 1999).

Pensou-se ainda numa teoria cuja possibilidade de justificação moral se daria pelas consequências das ações. Esta talvez pudesse resolver a questão colocada anteriormente, ou seja, de que para ser moral não basta ser racional, mas sim atentar para as possíveis consequências de seus atos. Nesse caso, seria moral determinada ação que levaria a maiores benefícios e a uma menor quantidade de danos. Porém, mais uma vez, a teoria utilitarista, como foi denominada posteriormente, não é capaz de dar conta, por exemplo, do fato de um inocente ser sacrificado se com isso contribuísse para satisfação de um maior número de pessoas (CORTINA; MARTÍNEZ 2013; DIAS, 2015a).

Diante da complexidade e dos atravessamentos decorrentes desses e de outros diversos modelos de fundamentação da moral, alguns autores apontam que todas as tentativas de fundamentação dos juízos morais não conseguem dar conta de compreender a moralidade das ações, estando, portanto, qualquer tentativa fadada ao fracasso. Em outras palavras, para esses autores, a moral não pode ser fundamentada ou não há uma fundamentação universalmente válida (CORTINA, 2003; GOERGEN, 2005). Essa concepção é proveniente, sobretudo, das críticas de Nietzsche e, posteriormente, de Heidegger contra a metafísica e a razão moderna, isto é, à capacidade de tudo ser passível de fundamentação (GOERGEN, 2005). Cortina (2003) menciona que autores pós-modernos como Vattimo (1986) e Lyotard (1984) defendem que atualmente a obsessão pela busca de um fundamento verdadeiro, assim como a discussão sobre quais deles seriam superiores não faz sentido.

Segundo Vázquez (1999), dado que a história da moral tem caráter ascensional, tendo em vista, por exemplo, o atual reconhecimento da imoralidade das práticas de escravidão e discriminatórias, uma norma moral pode se justificar dependendo da posição que ocupar frente a tal progresso. Esse progresso moral se caracteriza pela maior compreensão do indivíduo sobre si mesmo; por suas relações e decisões cada vez mais conscientes, livres e responsáveis; por atitudes que compreendem os interesses coletivos; pela convicção mais íntima possível em contraste à aceitação formal e externa das regras de convivência, etc (VÁZQUEZ, 1999). Sendo assim, no movimento a uma moral justa, normas morais não podem ser fixas ou imutáveis, pelo contrário, elas passam a ter caráter relativo e transitório, podendo desaparecer ou continuar existindo dependendo dos

elementos positivos capazes de se integrar numa moral superior ou universalmente humana (VÁZQUEZ, 1999).

Diversos autores apontam que a fundamentação da moral será diferente ao se reconhecer tradições éticas diferentes, uma vez que estas apresentam razões a partir de perspectivas distintas que não podem ser ignoradas tendo em vista uma sociedade plural (CORTINA, 2003). Ao elegermos e nos identificarmos com certa comunidade moral, nos comprometemos a aceitar o caráter prescritivo dos juízos morais dessa comunidade (Dias, 2015b). Portanto, a validade de um princípio moral deverá ser sempre analisada a partir de vários elementos que constituem as relações sociais, sendo para Dias (2015b) a “Moral do Respeito Universal” de Ernest Tugendhat aquela que deve ser utilizada para a resolução dos problemas morais.

Adela Cortina (2009), ao reconhecer um contexto de diversidade e uma situação de pluralismo moral, propõe que deve-se fixar um mínimo de valores a serem compartilhados pelos cidadãos, isto é, uma ética mínima. De outro modo, a possibilidade de convivência de diversas morais que aspiram uma universalidade se torna possível devido a uma ética cívica concebida por “mínimos de justiça” exigíveis de todos os cidadãos (CORTINA, 2009).

A justiça refere-se à dimensão universalizável do fenômeno moral, ou seja, deveres que são exigíveis de qualquer ser racional. No entanto, quando consideramos que algo é bom, não podemos exigir que outro ser racional também o considere como bom, tendo em vista que ‘o bom’ é subjetivo. Desse modo, tem-se a distinção entre uma ética de “mínimos de justiça” e uma ética de “máximos de felicidade” (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013; CORTINA, 2009). Neste sentido, a ética estaria na articulação entre “mínimos de justiça” e “máximos de felicidade”, entre o justo e o bom, sendo “por isso que o pluralismo moral é possível de fato: porque já se tem um mínimo de justiça (liberdade, igualdade, diálogo, respeito) partilhados pelas morais dos máximos” (CORTINA, 2009, p. 169). Essa articulação torna possível: construir uma “ética cívica democrática”; fundamentar, a partir dos mínimos de justiça, a ética aplicada aos diferentes âmbitos da vida social (medicina, educação, política, ciência e tecnologia, ecologia, etc.); e construir uma “ética universal” com base nas exigências mínimas de justiça, dentre as quais se inclui o respeito aos modelos de felicidade dos diferentes grupos e culturas (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013).

Vale ressaltar que independente do sucesso das tentativas de fundamentação dos juízos morais, não devemos deixar de aspirar por justificativas coerentes e de maior abrangência (DIAS, 2016).

A moralidade, assim como o conhecimento humanos, estão obrigados a se render aos nossos próprios limites. Erraremos e transformaremos nossos erros em uma forma de aprendizado, mas não impediremos os impasses e conflitos morais que assolam nossa forma de estar no mundo junto a outros seres. Isso faz com que nossos juízos morais sejam essencialmente não-definitivos e que tenhamos que nos manter alertas a suas revisões, às transformações dos contextos e das demandas inerentes às diversas formas de existência (DIAS, 2016, p. 155-156).

Dewey (1980) também afirma que é imprescindível refletir sobre tais juízos e reavaliá-los, atribuindo-lhes um novo valor, caso necessário. Para o filósofo, para uma atitude consciente jamais poderá ser dispensado todo o componente cognitivo. Julgamentos guiados pela noção de dever, de modo inexorável podem gerar graves prejuízos aos indivíduos e/ou a sociedade, sendo, portanto, indispensável uma análise que leve em conta a racionalidade e razoabilidade do juízo moral (DEWEY, 1980). Uma pessoa conscienciosa e responsável deve ter como objetivo descobrir o melhor caminho a ser seguido, orientando-se por uma reflexão crítica e tornando-se sensível às implicações das consequências de uma atitude, além de manter um interesse constante em rever seus conceitos. Essa reflexão, quando orientada para questões práticas para determinar qual atitude tomar, é denominada deliberação (DEWEY, 1980).

A deliberação compreende, portanto, uma representação imaginária de várias normas de conduta, de alternativas opostas e incompatíveis, ou seja, uma análise dos diferentes cursos de ação através da ponderação dos valores e deveres envolvidos, a fim de que seja encontrada a melhor solução ou a decisão mais razoável para resolução das situações de conflito (DEWEY, 1980; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001; GRACIA, 2001).

Cabe ressaltar que deliberar com base em princípios morais não é privilégio de indivíduos intelectualizados. Pessoas com pouca educação formal podem interessar-se por buscar agir para o bem, para o correto, para o justo (DEWEY, 1980). Em outras palavras, a inteligência não é fator decisivo nem suficiente para o exercício da moralidade, visto que

indivíduos intelectualmente desenvolvidos podem utilizar-se dessa inteligência em prol de benefícios pessoais (SOUZA; VASCONCELOS, 2009) e não na busca do bem comum.

Todavia, deliberações e práticas refletem, direta ou indiretamente, determinada(s) moralidade(s), e, portanto, na maioria das vezes, envolvem o julgamento moral a esse respeito. De acordo com o filósofo e sociólogo Jürgen Habermas, a deliberação e a ação moral requerem liberdade e ausência de coerção externa e interna. Podemos julgar moralmente deliberações e atos realizados livre e conscientemente, e, por conseguinte, aqueles cuja responsabilidade pode ser assumida por seus agentes (VÁZQUEZ, 1999). De outro modo, nosso julgamento deve ocorrer de forma autônoma. Sendo assim, posteriormente nos dedicaremos à compreensão de como o indivíduo pode se desenvolver com vistas a se torna um sujeito autônomo.

3 A DIMENSÃO MORAL DO CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado é algo intrínseco à existência humana, sendo todo ser humano capaz do cuidado e/ou do cuidar naturalmente de si próprio e também dos outros (PERDIGÃO, 2003; WALDOW; BORGES, 2008). Quando orientado pela intenção de ajudar, ou seja, na qualidade de intervenção social, o cuidado reveste-se necessariamente de uma natureza moral (PERDIGÃO, 2003; VIDAL, 1999), uma vez que compreende, além de procedimentos técnicos, um envolvimento e compromisso com o outro.

O cuidado fundamenta-se “no respeito incondicional pelo outro, na sua *liberdade, dignidade e diferença*” (PERDIGÃO, 2003, p. 487, grifos do autor). Ele exige do cuidador uma tomada de posição refletida e consciente acerca dos bases que sustentam suas decisões (PERDIGÃO, 2003) e, também, na concepção de Emmanuel Lévinas, responsabilidade para com o outro, ou seja, uma necessidade por parte do agente moral em proteger um sujeito vulnerável, mesmo sem uma solicitação expressa (SCHRAMM; KOTTOW, 2001a).

No âmbito da saúde, Ayres (2004), baseando-se na concepção do cuidado de Heidegger, compreende o cuidado como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (p. 22). Sendo assim, o autor afirma que o cuidado em saúde deve ser um ato assistencial humanizado, havendo a necessidade de relacionar os aspectos técnicos e humanistas da atenção à saúde. Ele destaca que só a partir da interação entre ambas dimensões é possível um encontro terapêutico efetivo, diferentemente daquele que, por razões diversas, não concebe o cuidado para além das aplicações terapêuticas das biotecnologias (AYRES, 2004).

Uma condição básica para um cuidado mais humanizado compreende a dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro (AYRES, 2004; FRANCO; MERHY, 2013). Para Franco e Merhy (2013) é no encontro com o outro que se expressa o cuidado em saúde, uma vez que este possibilita o acolhimento, a formação de vínculo e a responsabilização em torno do problema a ser enfrentado.

Nesses termos, além de tentar solucionar os problemas que determinam e condicionam o processo de adoecimento para além dos aspectos biológicos, o cuidado deve

permitir a consideração da autonomia do paciente em relação à si próprio (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016), dado que cuidar também significa zelar pela autonomia e admitir decisões livres e responsáveis (WALDOW; BORGES, 2008).

Do nosso ponto de vista, é esse o cuidado que precisamos exercitar enquanto profissionais de saúde. Não podemos cuidar de forma robotizada, sem diálogo e desrespeitando às singularidades do indivíduo, nem utilizar-se deste conceito sem pensar a responsabilidade para com o outro.

3.1 TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS ORIENTADORAS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE – RELAÇÕES COM A MORALIDADE

As revoluções científicas iniciadas nos séculos XVII e XVIII, ao questionarem o estatuto invariável da natureza, desorganizaram o pensamento vigente, o qual considerava deus como criador e causa de todos os processos naturais. O progresso, ao desvendar alguns dos mistérios antes vinculados ao divino, aumentou de forma progressiva o poder do homem sobre a natureza e o mundo (BIRMAN, 2005; BARBOZA, 2013). Esse conhecimento logo encontrou no campo da saúde um de seus principais instrumentos e tornou a vida objeto do saber teórico, especialmente biológico (BARBOZA, 2013).

Também, no final do século XVIII, houve outra importante transformação, a qual segundo Foucault esteve relacionada ao modo de exercício do poder soberano, que tinha como uma de suas características o direito de decidir sobre a vida e morte dos indivíduos (BARBOZA, 2013; PELBART, 2003). Esse direito de causar a morte ou deixar viver, ao encontrar no conhecimento o instrumento para o gerenciamento da vida, foi sendo substituído pelo poder de controlar a vida, o biopoder, que faz viver e deixa morrer (BARBOZA, 2013; PELBART, 2003).

Esse poder sobre a vida, amplamente discutido por Foucault, desenvolveu-se em dois polos: o primeiro referente a uma disciplina anátomo-política dos corpos individuais para potencializar sua utilidade; e o segundo marcado pela regulação biopolítica da população, que mesmo não incidindo diretamente sobre o corpo do indivíduo, recai sobre o corpo-espécie, que compreende o ser vivo em sua mecânica e o suporte dos processos

biológicos (natalidade, mortalidade, saúde, etc) (BARBOZA, 2013; PELBART, 2003; FERREIRA NETO et al., 2009).

Essa perspectiva, que influenciou e ainda influencia os indivíduos, mantendo como aliado todo conhecimento produzido no âmbito da saúde, opera sob a forma de controle dos corpos impondo modos de viver (FRANCO, 2015), a fim de produzir o comportamento necessário ao funcionamento e manutenção de determinada estrutura social. Isso significa, em outras palavras, que despontou na medicina e áreas afins uma visão de disciplinar e regular os corpos por meio de novos métodos e processos de produção de cuidado, tornando-os submissos a ela.

Na modernidade, o biopoder demarca o ponto no qual a vida dos indivíduos entra na política e passa a pertencer ao Estado. Por essa lógica, o biopoder contemporâneo se estrutura não só como uma política de controle, mas também de abuso, de desapropriação e até de anulação da existência daqueles sobre quem ele atua (RABINOW; ROSE, 2006). Tal controle não se restringe às instituições disciplinares do campo social, é algo intrínseco às relações do ser humano, às redes flexíveis de sua própria existência (RABINOW; ROSE, 2006).

A articulação entre saber e poder que transformou a vida humana esteve potencializada no século XX com o enorme desenvolvimento da tecnologia, especialmente aquela voltada para a vida – biotecnologia (BARBOZA, 2013). Exemplo disso é a aplicação desta aos organismos vivos, bem como de suas partes, produtos e modelos com o objetivo de produzir conhecimentos, bens e serviços (BARBOZA, 2013). Contudo, a biotecnologia ao ser reduzida ao seu poder instrumental e a sua capacidade prática, sem considerar as questões éticas, tornou-se perturbadora, principalmente pelos seus efeitos sociais que ultrapassaram os limites até então conhecidos (SCHRAMM; KOTTOW, 2001b).

A biotecnologia empregada na produção de saúde, encorajada e impulsionada por um mercado especializado, fomentada pela geração de capital e pela promoção de lucros dos diversos setores relacionados à saúde, tais como a indústria farmacêutica, de equipamentos e materiais de insumo, influenciou de forma significativa a organização das instituições assistenciais, a gestão dos serviços e a prática em saúde (AMORETTI, 2005). Dessa maneira, apesar das inquestionáveis conquistas e benefícios aos indivíduos, sob a

influência da lógica capitalista, verificou-se uma maior agilidade e superficialidade nos atendimentos e uma organização do trabalho clínico voltada para o atendimento em massa.

A respeito dessas mudanças no âmbito da saúde podemos estar vivendo um domínio sem precedentes da razão instrumental e utilitarista (ADORNO; HORKHEIMER, 1985), no qual os fins justificam os meios (GOERGEN, 2007). A incorporação das inovações vem acompanhada de noções de mercado como eficiência, eficácia, lucro, domínio e vantagem. Estas noções são investidas de prestígio e assumem posição central nas relações humanas da sociedade contemporânea. Na condição de princípio, a *performance* ou bom funcionamento torna-se o critério de avaliação das ações individuais e coletivas (GOERGEN, 2007). Pedro Goergen (2007), afirma que com isso, a sociedade capitalista “assume diretrizes morais que invertem o imperativo da ética kantiana, não apenas permitindo, mas condicionando o bom funcionamento do sistema ao uso do homem como meio” (p. 743).

Outra transformação no modelo de assistência em saúde que esteve associada ao progresso científico e tecnológico e também à introdução de uma visão mercadológica nesse campo foi a mudança do foco de intervenção clínica. O enfoque antes direcionado para o indivíduo com todas suas subjetividades passou a se direcionar quase que exclusivamente à enfermidade e a seus aspectos biológicos, valorizando apenas elementos objetivos e evidências clínicas. Em outras palavras, instituiu-se um modelo de assistência fortemente marcado pelo caráter biomédico.

O predomínio da perspectiva biomédica no cuidado, ao favorecer uma relação profissional de saúde/enfermo centrada na patologia e não no indivíduo, voltou a prática clínica para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, modificando também sua formação, atuação e sua escala de valores (AMORETTI, 2005; GALLIAN, 2000). Com isso, os profissionais da área da saúde que se tornaram excelentes técnicos e especialistas, em contrapartida, ficaram cada vez mais distantes física e emocionalmente de seus pacientes. Suas atitudes passaram a ser tecnicamente corretas, porém, muitas vezes, um tanto quanto desumanas (RIOS, 2009; AMORETTI, 2005; GALLIAN, 2000).

A biotecnologia quando acompanhada da competição desenfreada do mercado na área da saúde, cuja orientação é tornar qualquer saber ou prática do processo saúde-doença em produtos e/ou técnicas a serem consumidos, reforçou a heteronomia e a medicalização

(TESSER; BARROS, 2008; TESSER, 2006). A medicalização relaciona-se às extensas transformações que fazem com que normas de conduta de origem biomédica se tornem incorporadas ao senso comum e que experiências humanas sejam redefinidas de modo a ter alguma correspondência médica (CONRAD, 2007; ILLICH, 1981). Esta, portanto, conforma-se com a legitimidade do cuidado e tratamento fundados na biomedicina, ao mesmo tempo indispensável e perigosa (SANTOS, 2000; TESSER; BARROS, 2008).

As formas de interpretação e as ações em saúde tendem a fortalecer a medicalização, uma vez que relacionam o adoecimento a um problema da “máquina humana” que a tecnologia poderá resolver, ou se incapaz, que requerem submissão a determinado estilo de vida (TESSER; BARROS, 2008). Isto posto, há um aumento da utilização das tecnologias e uma desvalorização dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença, dos valores que deveriam reger o cuidado em saúde, assim como uma diminuição do potencial das pessoas para lidar autonomamente com situações de enfermidade, dor, sofrimento e morte (TESSER; BARROS, 2008).

Além destas interferências, Franco (2015) adverte ainda sobre a influência de uma ordem moral hegemônica na relação entre profissional de saúde e usuário, a qual se mostra intolerante às diferenças e atua igualmente na regulação das vidas e dos corpos, estabelecendo uma valoração sobre a vida de acordo com a submissão dos indivíduos a tal moralidade. Com isso, muitos profissionais de saúde, até mesmo sem a clara percepção das razões para tal, passam, inclusive, a hostilizar e a punir usuários ou grupos de usuários que não organizam sua vida conforme a moralidade dominante, prolongando sua espera para o atendimento ou fazendo um atendimento ruim, por exemplo (FRANCO, 2015).

Vale ressaltar que num contexto político-econômico de natureza excludente e injusta que sistematicamente privilegia interesses individuais, uma moralidade ancorada em tradições e costumes, preconceitos, elitismos e discriminações de toda ordem – raça, classe, gênero e orientação sexual – que a sociedade nunca se dispôs a rever profundamente, torna-se estigmatizadora, penalizante (GOERGEN, 2007) e desumana. Podemos incluir nesse contexto a moral religiosa, uma vez que esta determina regras de conduta e julga o comportamento dos indivíduos com base em determinada crença, e não em princípios internos ou derivados do encontro entre o profissional de saúde e o usuário.

Logo, o cuidado de saúde estruturado sob a lógica do capital, do modelo biomédico voltado para identificação e cura das enfermidades, da abordagem disciplinar sobre os corpos e da moral dominante fundada, predominantemente, em valores tradicionalmente impostos deixou em segundo plano os direitos fundamentais dos indivíduos, assim como suas singularidades e subjetividades, incluídos nos aspectos humanísticos do cuidado. Em outras palavras, a produção de saúde voltou-se para promoção de métodos e processos de trabalho instrumentais, em detrimento dos aspectos relacionais do cuidado (MERHY, 1998; FRANCO; MERHY, 2013).

O atendimento aos mandados dessas lógicas ou perspectivas pode ferir princípios e parâmetros da moralidade fundada no respeito, na dignidade, na justiça e na democracia, e, mais, podem resultar na inversão ou no apagamento das distinções entre o bem e o mal, o justo e o injusto (GOERGEN, 2007). Em resumo, as grandes e céleres transformações no campo da saúde e as perspectivas que dela se originaram afetam os fundamentos do ser e do pensar, as normas e os valores e as formas de julgar e decidir.

Schraiber (2008), a partir da comparação das narrativas de médicos de gerações diferentes, desenvolveu suas reflexões sobre as transformações da prática em saúde, abordando especificamente o médico e suas relações interpessoais. Para a autora, há uma crise de vínculos relacionada ao novo contexto produtivo e mercantil decorrente da evolução tecnológica, que passa a intermediar a relação entre o médico e seu trabalho. Dado que os processos e as circunstâncias que produzem tal crise parecem ter se acentuado, o que pode ser demonstrado, por exemplo, pelo predomínio da utilização de diretrizes clínicas e protocolos, os quais parecem inclusive ignorar a reflexão dos profissionais em sua prática, este estudo permanece bastante atual (REGO, 2011).

Sob esse olhar, cabe destacar que atualmente a organização dos serviços de saúde apresenta-se excessivamente normatizada (FRANCO, 2006). Ao operar sob uma lógica protocolar – que estabelece sequência de ações, horários específicos para atender determinado tipo de público, fichas e senhas, consultas a sistemas informatizados ou não e disponibilidade de certos procedimentos – esta impõe amarras aos profissionais de saúde, que se vêem constringidos na produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Os serviços de saúde organizados sob o domínio e rigidez das normas e protocolos perdem a capacidade de se adequar às mudanças por vezes requerida no cenário da saúde e

de “enxergar” o usuário e suas necessidades. São tantos e tão massificados os protocolos, as diretrizes e as orientações em saúde que diversos profissionais tornam-se reféns desse modelo assistencial, que os impede de estabelecer relações positivas com os usuários. Isso porque, nem sempre é fácil resistir, realizar desvios e/ou romper com as normas que dificultam e engessam o fluxo de conexão com o usuário (FRANCO, 2006).

No entanto, por outro lado, é possível aos profissionais abrirem rotas alternativas aos processos de captura – forças que atuam sobre os indivíduos – pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde. Isso porque há aqueles que trabalham com lógicas próprias, capazes de operar com alto grau de crítica e inventividade (FRANCO, 2006). Assim, esses profissionais realizam novos fluxos em suas relações com a equipe, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Eles recusam serializar as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido e respeitando as singularidades. Entretanto, e ao contrário do que gostaríamos, é comum que os profissionais que assim atuam sejam encarados como “inadaptados” aos serviços de saúde, e, por isso “se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho” (FRANCO, 2006, p. 191).

De modo geral, distante da ética, o cuidado em saúde passa a submeter-se a intervenção e ao controle do saber e do poder em nome de uma suposta eficácia. Contudo, essa estruturação levou à desumanização da assistência e tornou-se, portanto, insatisfatória em termos de produção de saúde (MERHY, 1998).

3.2 POSSÍVEIS ENFRENTAMENTOS DIANTE DAS INSUFICIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

Não precisamos de muito esforço para verificarmos que os serviços e a assistência à saúde, sejam públicos ou privados, com raras exceções, não conseguem resolver as necessidades de saúde da população. De forma paradoxal, as reportagens dos diversos meios de comunicação mostram avanços científicos e tecnológicos em termos de conhecimento e recursos, respectivamente, o que nos leva a crer que os problemas

relacionados à saúde não tem como base de sustentação a falta de domínio sobre as questões desse âmbito (SCHRAIBER, 1997; MERHY, 2002; AYRES, 2004).

De outro modo, é necessário pensarmos sobre a ambivalência que se estabelece no campo da saúde entre o avanço científico-tecnológico que ensejou a abundância de bens e serviços e o atraso e a carência da maioria da população (GOERGEN, 2007). As doenças e epidemias se disseminam rapidamente no mundo, mas apenas os poucos que dispõem de recursos constroem barreiras e conseguem se proteger, enquanto os demais sofrem e morrem. Fica claro que os resultados do trabalho social, materializados no conhecimento e/ou na assistência propriamente dita, favorecem mais a uns e menos a outros. Essa estrutura excludente e fundante do sistema de saúde, e, de modo geral, da sociedade, realça uma questão a respeito da natureza moral desse sistema (GOERGEN, 2007).

A aproximação e o entendimento da situação atual da saúde pode ser facilitada ao recorrermos às reivindicações dos usuários. As reclamações dificilmente relacionam-se à falta de conhecimento e/ou de tecnologia, mas, sim, à possibilidade de acesso a estes por uma parcela da população, ou seja, a equidade de acesso. A forma como os serviços estão organizados também é motivo de insatisfação por parte dos usuários. De acordo com Merhy (2002), há uma demanda comum a todos os usuários fundada, de modo geral, a falta de atenção e compromisso dos profissionais e serviços de saúde em relação ao usuário e seu problema.

A assistência à saúde capaz de satisfazer as necessidades da população requer algo além das tecnologia material (máquinas e instrumentos) e não material (saberes técnicos), denominada por Merhy (1997) de tecnologia dura. Esse algo além encerra o núcleo do trabalho em saúde e corresponde às relações firmadas entre os indivíduos, profissionais e usuários, consolidando a dimensão humana e ética da prática em saúde (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2013). Mais precisamente, são necessárias relações e intervenções de cuidado, voltadas fundamentalmente para o acolhimento, criado principalmente a partir da falas e da escuta; de responsabilização frente ao problema trazido pelo usuário; de vínculo formado pela relação de confiança estabelecida entre profissional de saúde e paciente/ usuário (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2013) e ainda de respeito aos direitos fundamentais do ser humano.

O cuidado que originou-se acolhedor se manteve assim por muitos anos, antes mesmo de estar relacionado a uma profissão em específico (COELHO; FONSECA, 2005). Ainda que no século XIX restassem poucas coisas além de segurar na mão dos pacientes, dada a limitação de recursos, que se restringia à utilização de compressas, sangrias, ventosas, dentre outros, por meio de um cuidado acolhedor a vida continuava. Sob essa perspectiva, o cuidado organizou-se em torno do corpo e de tudo que contribuía para sua manutenção, fosse qualquer gesto e até mesmo a escuta, que oferecesse apoio e suporte.

Logo, é possível depreender que o ato de cuidar, do qual deriva o cuidado, é efetivado por dois aspectos. O primeiro abrange a atividade instrumental que busca suprir as necessidades físicas, relacionada ao conhecimento e habilidade para fazer algo com qualidade e competência; o segundo engloba a atividade expressiva relacionada ao afeto e a valorização do outro, contemplando o aspecto psicossocial (COELHO; FONSECA, 2005; WALDOW, 1998). Desse modo, o cuidar pode ser definido como atitude que envolve conhecimento, habilidades, valores e a ação propriamente dita no sentido de influenciar positivamente o ser humano no seu processo de viver e morrer (COELHO; FONSECA, 2005; WALDOW, 1998).

O cuidado em saúde é expressão da ação de cada profissional a partir do lugar em que realiza o seu trabalho, seja ele médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, dentre outros (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). Ao considerarmos qualquer proposta de mudança qualitativa desse cuidado formulada no plano macropolítico (políticas de saúde) e relacionada à instituição de normas, vale atentar que ela só obterá efetividade se criar implicação do profissional de saúde, por intervenção no espaço micropolítico, ou seja, no contexto do dia a dia. Isso porque, os atos desses profissionais são definidos por uma moral, uma forma de agir pautada no que ele atribui valor, podendo ser diferente de um profissional para o outro (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012). Desse modo, as normas genéricas editadas para orientar os serviços não são suficientes para assegurar sua efetividade, pois no momento da assistência há um razoável autogoverno do profissional sobre seu próprio trabalho e essas decisões definirão a qualidade do cuidado, o que indica que os processos de mudança têm que necessariamente passar pelo próprio trabalhador (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012).

Todavia, no processo de institucionalização da saúde, o cuidado que estruturou as relações humanas passou a ser substituído pelo cuidado científico ou médico e teve seu campo restrito e modificado da preservação da vida para a recuperação de corpos produtivos, em outras palavras, o cuidado se resumiu em tratar a doença (COELHO; FONSECA, 2005). As insuficiências na assistência produziram uma insatisfação da população em geral, que passou a conceber uma variedade de questionamentos éticos. Instaurou-se, a partir de então, uma exigência coletiva e crescente pelo comprometimento com os pressupostos básicos de cidadania para condução das relações humanas, que abarca conjuntamente a formação e a prática dos futuros profissionais (DE SORDI; BAGNATO, 1998). Dentre as estratégias que passaram a objetivar a estruturação e promoção de alternativas para ressignificação do cuidado como uma atitude moral estão a integralidade e a humanização (AYRES, 2004; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Além da concepção de integralidade enquanto conjunto de ações e serviços de prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, em todos os níveis de complexidade preconizada pelo SUS (BRASIL, 1990), a integralidade do cuidado abrange o reconhecimento dos sujeitos em sua totalidade, ou seja, todas as suas dimensões – biológica, psicológica e sociocultural. A perspectiva da integralidade valoriza as relações interpessoais, principalmente aquelas entre profissional e usuário, não admitindo este último como objeto (MATTOS, 2004). A interação e a criação de vínculo entre ambos facilita a percepção das necessidades do sujeito a ser cuidado e deve ser utilizada a fim de orientar as práticas assistenciais (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001; PAIM; SILVA, 2010).

Já a humanização tem por base um amplo conjunto de iniciativas que valoriza a qualidade do cuidado além do ponto de vista técnico, reconhecendo além dos direitos do paciente, suas subjetividades. Em sua vertente moral, a humanização evoca valores como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade; pensados como juízos sobre as ações humanas, representando certa visão de mundo num determinado tempo e lugar, sendo, portanto, mutáveis de acordo com as transformações da sociedade (RIOS, 2009). A humanização propõe além da construção de valores que resgatam a dignidade humana, o exercício da ética, pensada como um princípio organizador das atividades assistenciais (RIOS, 2009; DESLANDES, 2005, BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

A política pública da humanização do cuidado também sustenta práticas não discriminatórias. Presume, portanto, que um cuidado efetivo é aquele no qual a assistência encontra-se livre de racismo, machismo, homofobia, enfim de preconceitos de qualquer ordem. Isso pressupõe o enfrentamento do preconceito nas instâncias de saúde. Entendemos o preconceito como atitude hostil e de aversão em relação a uma pessoa apenas por ela pertencer a um grupo (ALLPORT, 1954). Mas como produzir um cuidado assim, se sabemos que as normas que emergem da macropolítica só são capazes de se tornar efetivas se encontrarem eco naqueles que produzem cotidianamente o cuidado? Como garantir um cuidado comprometido com os pressupostos básicos de cidadania, se alguns profissionais encontram-se capturados por preconceitos, ou de forma mais geral, por perspectivas heterônomas?

Vislumbramos como forma de enfrentamento e mudança do cenário atual da saúde uma proposta abrangente e essencial: a educação para o desenvolvimento moral. O desenvolvimento moral deve contemplar, fundamentalmente, a consciência e o raciocínio críticos em termos de liberdade e autonomia. Sua desconsideração, além de representar um grande obstáculo para as relações humanas, pode colocar em risco o bem-estar dos indivíduos, assim como violar seus direitos básicos enquanto ser humano e os ideais de justiça. Isso é ainda mais preocupante se pensarmos que os usuários dos serviços de saúde já se encontram fragilizados e em situação de vulnerabilidade.

4 EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO MORAL: UM CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO CRÍTICO E AUTÔNOMO

A compreensão sobre como se dá o desenvolvimento humano foi estudada por muitos autores de diversas áreas do conhecimento (antropologia, sociologia, educação, psicologia, dentre outras), a fim de entender as mudanças relacionadas às dimensões afetiva, cognitiva, social e biológica no decorrer da vida (MOTA, 2005). Tradicionalmente, as pesquisas nesse campo estiveram voltadas para as crianças (BEE, 1986; PIAGET, 1932/1994; BERNS, 1994/2002; COLE; COLE, 2003) com o intuito de investigar como elas adquirem o conhecimento e como vivenciam as experiências sócio-morais em seu cotidiano, formando sua própria personalidade.

Dentre as diversas contribuições que fizeram prosperar os estudos sobre o desenvolvimento humano, podemos citar as de: Sigmund Freud, Albert Bandura e Jean Piaget, que abordaram em suas teorias uma dimensão importante do desenvolvimento, a moralidade. Orientados por perspectivas distintas, em relação aos fatores socioculturais, afetivos e cognitivos, eles elaboraram teorias que apesar de diferenças e discordâncias, se complementam em alguns aspectos (REGO, 2003).

Segundo Sigmund Freud, a moral seria elaborada durante o desenvolvimento filogenético e ontogenético a partir da influência do inconsciente no comportamento humano. Em sua teoria, a Psicanálise, Freud fez alusão ao caráter afetivo/ subjetivo e defendeu que a construção da consciência moral se vincula ao drama edípiano, sendo central para esse processo a renúncia do adulto à realização dos desejos infantis e a internalização de interditos sociais que se dá com a censura superegógica (MARTINS; BRANCO, 2001).

Logo, o superego, por intermédio de processos de inibição, seria responsável por regular as pulsões e, em última análise, orientar o que deve ou não ser feito. Sendo assim, a teoria psicanalítica interpreta a consciência moral como um traço de caráter advindo do jogo de permissão/negação constitutivo da própria subjetividade. O conflito intra-psíquico seria, portanto, sustentado por uma dinâmica pulsional controlada por processos situados fora do controle consciente do indivíduo (MARTINS; BRANCO, 2001).

Partindo de um ponto de vista diferente, Albert Bandura, um dos teóricos da teoria da Aprendizagem Social, ao agregar elementos do behaviorismo e outros do cognitivismo, possibilitou um entendimento coerente para o aprendizado decorrente do processo de socialização (REGO, 2003). Ele considerou que a conduta moral derivaria especialmente da internalização de processos imitativos e do reforço de padrões de comportamentos aceitos socialmente (BANDURA; HUSTON, 1961). Todavia, Bandura afasta-se da teoria tradicional da aprendizagem elaborada por Skinner, ao considerar que o comportamento não é regulado somente por forças externas que agem sobre o indivíduo e por mecanismos de reforço ou punição, mas, também, por expectativas e processos autorregulatórios internos, que o tornam o principal agente de sua própria mudança (PERVIN; JOHN, 2004; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2007). De outro modo, para ele os indivíduos não são simplesmente passivos diante dos estímulos ambientais, pelo contrário, são sujeitos ativos, capazes de distinguir e sistematizar dentre os estímulos aqueles que julgam relevante (DAVIS, 1981).

Na concepção de Bandura, a moralidade se desenvolveria com a progressiva inserção e interação dos indivíduos nos grupos e instituições sociais, apresentando caráter adaptativo. Primeiramente, a criança lançaria mão dos padrões de comportamento dos pais, ou de quem quer que seja sua referência inicial (socialização primária), para melhor se adequar ao ambiente. A motivação para a imitação viria da necessidade de aprovação e pelo medo de punições. Com a ampliação do processo de socialização primária e com o desenvolvimento de mecanismos autorregulatórios, o indivíduo passaria a apresentar modelos de conduta socialmente desejáveis, realizados, portanto, em conformidade com as regras por ele internalizadas (BANDURA; HUSTON, 1961; BANDURA, 1991; MARTINS; BRANCO, 2001).

Vale destacar que tanto na teoria psicanalítica quanto na teoria comportamental, a moral é considerada como “algo que vem de fora, da sociedade, e que é internalizada” (BIAGGIO, 1998, p. 30), seja pela ação do outro na construção do superego ou pela observação e/ou influência de eventos ambientais, respectivamente. Segundo a autora, somente com o construtivismo de Jean Piaget e com o enfoque cognitivo-evolutivo de Laurence Kohlberg que o indivíduo assume o papel de agente do processo moral, com

capacidade para julgar entre o certo e o errado, o bom e o mau, o justo e o injusto (BIAGGIO, 1998).

A abordagem de Jean Piaget teve como foco os aspectos cognitivos presentes no desenvolvimento moral, estabelecendo uma relação de dependência entre a capacidade cognitiva e o desenvolvimento moral do indivíduo. Piaget, embora admitisse a existência de um processo de aprendizado, compreendeu que este estaria associado a formação de estruturas cognitivas resultantes de um processo pelo qual o indivíduo constrói e reconstrói internamente seus conceitos e ações.

Sua epistemologia associou o desenvolvimento moral à capacidade de descentração e coordenações cognitivas entre seu ponto de vista e o dos outros e propôs a existência de fundamentos que se aplicam universalmente à dimensão cognitiva e social do desenvolvimento humano. Assim como ele, Kohlberg considerou que o desenvolvimento moral ocorre progressivamente e em etapas e que os níveis mais avançados seriam caracterizados por uma maior autonomia do indivíduo, pela defesa de princípios mais gerais e por um ideal de justiça mais equilibrado (MARTINS; BRANCO, 2001).

Do nosso ponto de vista, consideramos que o desenvolvimento do pensamento crítico, mais livre e autônomo possível, é uma forma efetiva de propiciar atitudes mais humanas, justas e responsáveis. Vale ressaltar que sermos a favor do raciocínio crítico, não significa que desprezamos o conteúdo subjetivo/sensível. Apenas acreditamos que a razão crítica, permeada intrinsecamente pelas dimensões emocionais e afetivas produzidas pelas interações e associações objetivas e subjetivas entre o indivíduo e a sociedade, é o melhor caminho para a tomada de decisões morais.

Nesse sentido, vislumbramos a importância da educação moral como facilitadora do desenvolvimento moral dos indivíduos e, em especial, dos profissionais de saúde. Ao desempenharem certo auto-governo sobre seu processo de trabalho, incluindo as tomadas de decisão, os profissionais são quem estão a frente da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). Com isso, suas atitudes podem resultar tanto em um cuidado burocrático e pouco eficaz, quanto, em contrapartida, num cuidado mais acolhedor, com formação de vínculos e de responsabilidade frente ao usuário e seu problema (FRANCO; MERHY, 2013).

4.1 DESENVOLVIMENTO MORAL NA PERSPECTIVA COGNITISTA DE PIAGET E KOHLBERG

Jean Piaget, epistemólogo suíço, partindo do seu questionamento inicial sobre como se dava o processo de desenvolvimento intelectual do indivíduo, passou a observar seus filhos, dando início as primeiras investigações sobre o desenvolvimento moral (RAPPAPORT, 1981). Os estudos de Piaget (1932/1994) sobre o juízo moral das crianças apresentam-se como marco no que se refere ao processo de como o indivíduo adquire o conhecimento e se torna um ser moral. Sua ideia central admite que estes não são inatos ao sujeito, nem antecedem de uma experiência que vem dos objetos, mas que são construções a partir da relação direta e contínua do sujeito com o ambiente à sua volta.

Partindo de uma perspectiva interacionista, Piaget (1932/1994) considera que os estímulos físicos e/ou sociais, obtidos a partir de suas vivências, estimulariam e possibilitariam o desenvolvimento e a organização de estruturas mentais relacionadas a gênese do conhecimento. Estes também conduziriam os indivíduos a comportamentos em busca da adaptação e equilíbrio mentais em um grau mais elevado de complexidade, uma vez que todo ser humano teria em si uma necessidade de tentar manter-se num estado de equilíbrio físico e/ou psicológico em relação ao mundo. Para Piaget (1932/1994), a aquisição do conhecimento se daria em consequência aos desarranjos ou desequilíbrios provocados pelos estímulos do meio, os quais levariam o organismo a criar novas e mais complexas estruturas a fim de restaurar seu estado de equilíbrio.

Ao identificar um paralelismo entre o desenvolvimento da cognição e da moral no ser humano, argumentando inclusive que ambas são expressões da mesma razão, Piaget buscou compreender como o indivíduo adquire conhecimento e se constitui como um ser moral a partir da interação que ele estabelece com o meio físico e social (FREITAS, 2002).

Em seu estudo psicológico sobre a moralidade humana, Piaget se propôs a investigar a consciência moral no que diz respeito ao juízo e não aos comportamentos ou sentimentos morais. Ao retirar a moral do campo especulativo, no qual até então se restringia, voltou sua atenção para desvendar como o indivíduo desenvolve o respeito às regras, ou o modo como sua consciência o obriga a respeitá-las (SOUZA; VASCONCELOS, 2009).

Para demonstrar como o homem alcança o conhecimento e passa a ser um sujeito moral, ele considerou investigar mediante observações e entrevistas clínicas, as condutas das crianças de diferentes faixas etárias em relação às regras do jogo social. Para ele, tal como as regras morais, as regras do jogo são transmitidas a cada geração e só se sustentam pelo respeito que os indivíduos têm por elas. A pesquisa que deu origem a obra *Juízo Moral na Criança* publicada em 1932, se tornou um marco nos estudos sobre a moralidade. A partir dos aspectos investigados, Piaget afirmou a existência de três etapas do desenvolvimento moral do indivíduo.

Resumidamente, sua observação compreende o estágio inicial de anomia, em que a criança ainda não adentrou no universo moral e as regras são seguidas pelo sentido do hábito que, por si só, não são suficientes para explicar a consciência do dever. O hábito e as ordens seguidas pela criança, cujo conteúdo não fazem sentido imediato de seu ponto de vista, vão, progressivamente, dando lugar a uma moral heterônoma (PIAGET, 1932/1994).

A moralidade heterônoma, caracterizada pelo sentimento de pura obrigação, é determinada pela relação de respeito unilateral, fruto da coação imposta por uma autoridade, enquanto ser superior e inatingível. Nesse estágio, as regras são compreendidas como algo externo e imutável, sendo toda modificação considerada uma transgressão. A moral da heteronomia é, portanto, exterior ao indivíduo. Com o desenvolvimento do indivíduo, de acordo com as observações de Piaget, a heteronomia vai sendo substituída pela autonomia (PIAGET, 1932/1994).

Ao alcançar a autonomia, as regras não são mais aceitas simplesmente como dadas, de forma acrítica, a menos que atendam às necessidades e/ou desejos dos envolvidos. O indivíduo se apresenta livre para julgá-las segundo sua própria razão, ou seja, a partir de seus princípios, liberando-se da coação, da obediência estrita e do respeito unilateral. Em outras palavras, a autonomia moral é conquistada quando “a consciência considera como necessário um ideal, independente de qualquer pressão exterior” (PIAGET, 1932/1994, p. 155). Para isso são necessárias relações sociais simétricas e de cooperação. O indivíduo passa a considerar o respeito mútuo e a reciprocidade, experimentando interiormente a necessidade de tratar os outros como gostaria de ser tratado. A regra passa, então, a ser proveniente do “consentimento mútuo, cujo respeito é obrigatório, se se deseja ser leal,

permitindo-se, todavia, transformá-la a vontade, desde que haja consenso geral” (PIAGET, 1932/1994, p. 34).

Desse modo, Piaget admite que a razão é construída a partir das experiências, ações e das interações sociais do sujeito, e não a priori. As normas e regras resultantes do emprego da razão seriam oriundas da cooperação e da elaboração conjunta das mesmas pelos indivíduos (SOUZA; VASCONCELOS, 2009).

É notável a influência kantiana na obra de Piaget (RAMOZZI-CHIAROTTINO, 1984; BIAGGIO, 1999; BOTO, 2001; FREITAS, 2002; QUEIROZ; RONCHI; TOKUMARU, 2009; SOUZA; VASCONCELOS, 2009), a começar por conceber a razão como alicerce e principal dimensão da moralidade. Tal como para o filósofo, Piaget considera a razão como responsável pela liberdade necessária para o sujeito agir de acordo com sua consciência moral e permanecer firme em suas decisões, mesmo quando submetido à pressão social.

Entretanto, diferentemente de Kant, ao correlacionar desenvolvimento moral e cognição, Piaget procurou unir razão prática e razão teórica, reconhecendo a possibilidade do desenvolvimento do pensamento hipotético dedutivo orientar e apurar decisões no âmbito da moral (FREITAG, 2005; SOUZA; VASCONCELOS, 2009). Outro ponto de divergência seria quanto ao papel da afetividade como encorajadora das ações humanas, em geral, e para as ações morais, em específico, em Piaget e não em Kant (LA TAILLE; OLIVEIRA; DANTAS, 1992).

A teoria de Piaget sobre o desenvolvimento moral sistematizou, portanto, a forma como a criança assimila a moral, ou seja, re-significa os valores e princípios que lhes são apresentados (LA TAILLE, 2006). Essa concepção teórica sobre o desenvolvimento moral em etapas, em que o julgamento passa de uma moral externa imposta para uma moral da própria consciência através da reflexão individual é característica essencial de sua proposta. A partir de sua perspectiva construtivista o indivíduo passa a ser agente do processo moral, abandonando a visão anterior de que a moral seria algo imposto externamente e interiorizada pelo sujeito (BIAGGIO, 2006).

As pesquisas de Piaget tornaram-se referência para diversos autores, dentre eles, o psicólogo norte-americano Lawrence Kohlberg, que se propôs a estudar o raciocínio moral dos indivíduos. Kohlberg tinha por objetivo investigar a capacidade cognitiva dos

indivíduos para avaliação, argumentação e reflexão sobre questões de cunho moral e não discutir a prática moral em si, uma vez que ele acreditava que esta última envolveria outros elementos, como o controle de impulsos e caráter, necessários para sua motivação e ação (REGO, 2003).

Em sua pesquisa, Kohlberg apresentava aos participantes, crianças e adolescentes, diversos dilemas morais, ou seja, situações em que se identificam reivindicações, direitos e pontos de vista divergentes e conflitantes. Após a apresentação dos dilemas, ele fazia uma série de questionamentos sobre cada um deles. Um dos dilemas apresentados, por exemplo, era o de Heinz, em que um homem rouba uma medicação para salvar a vida de sua esposa doente. Por conseguinte, ele interrogava os entrevistados se a atitude do personagem havia sido correta; se ele deveria ter tomado tal atitude mesmo se não gostasse de sua esposa; se ele deveria ter agido da mesma forma se fosse para salvar a vida de um estranho; se as pessoas deveriam sempre agir em conformidade com a lei; dentre outros questionamentos (KOHLBERG, 1984; BIAGGIO, 1998).

Sem levar em consideração o conteúdo das respostas, Kohlberg analisou as justificativas dos entrevistados frente aos dilemas morais, isto é, o porquê de certa escolha. Com base nesta análise, Kohlberg identificou seis estágios de raciocínio moral que classificou como sequenciais e invariantes, vinculados à maturidade das estruturas cognitivas (REGO, 2003; BIAGGIO, 1998). Sendo assim, uma vez atingido determinado estágio, não seria possível uma regressão a estágios anteriores. Isso porque a capacidade cognitiva de raciocínio, adquirida pela maturação das estruturas biológicas, não seria perdida. Tampouco seria possível pular etapas, de forma que o desenvolvimento percorreria estágio por estágio (REGO, 2003; BIAGGIO, 1998).

Dois premissas influenciaram Kohlberg no delineamento de sua pesquisa e na determinação dos estágios. A primeira relacionada a universalidade de princípios morais, ou seja, existiriam princípios válidos para qualquer ser humano, independente de sua cultura; e a segunda que se referia a uma hierarquia valorativa na sucessão de estágios de desenvolvimento moral (REGO, 2003). Ao admitir princípios morais universais, Kohlberg considerou a justiça como princípio universalizável a ser alcançado. Portanto, para ele a capacidade de julgar moralmente estaria relacionada à capacidade cognitiva para

diferenciar entre certo e errado, vinculada à concepção de justiça em termos de igualdade e equidade (REGO, 2003; PUIG, 1998).

Contudo, Kohlberg admitia que poderiam existir variações do tempo necessário para a evolução do indivíduo a níveis mais complexos de raciocínio moral, ou seja, a velocidade de progressão entre os estágios seria acelerada ou retardada de acordo com o indivíduo e/ou sua cultura. Também considerava a possibilidade do indivíduo não evoluir a partir de determinado ponto da escala, isto é, que nem todos poderiam alcançar os estágios mais elevados (REGO, 2003; BIAGGIO, 1998).

Desse modo, ele propôs a existência de uma sequência de seis estágios de raciocínio moral, a qual se dava por uma estrutura de pensamento e não pelo conteúdo. Em sua organização hierárquica, um estágio maior seria cognitivamente mais complexo, de maior desenvolvimento moral, englobando todas estruturas encontradas do estágio precedente e outros elementos relacionados ao próprio estágio.

Tais estágios foram subdivididos em três níveis de moralidade, de modo que cada nível compreende dois estágios distintos, apresentando-se o segundo como um estágio moralmente mais avançado que o anterior. Nestes ele identificou o que é certo em cada estágio, as razões para fazer o que é correto e a perspectiva social, descrevendo-os da seguinte forma (KOHLBERG, 1984, p. 174-176):

Nível 1 – Moralidade pré-convencional

O valor moral reside em acontecimentos externos palpáveis, em más ações ou em necessidades palpáveis em vez de pessoas e padrões.

- **Estágio 1 - Moralidade heterônoma**

Ao assumir um ponto de vista egocêntrico, o indivíduo não considera os interesses dos outros, nem reconhece que sejam diferentes dos seus, não relacionando dois pontos de vista. Considera as ações pela perspectiva das consequências e não por suas intenções. Confunde a perspectiva da autoridade com a sua própria. Evita infringir as regras para evitar a punição, o castigo. A razão para fazer o que é certo é o medo da punição e o poder superior das autoridades.

- Estágio 2 - Individualismo, fins instrumentais e troca

A perspectiva é individualista e concreta. O sujeito reconhece que todos possuem interesses próprios e que podem conflitar, assim o bem é relativo. Segue as normas somente se houver um interesse próprio imediato, um benefício, uma recompensa. O que é certo é aquilo que o faz atingir seus interesses, permitindo que os demais façam o mesmo. O correto é o que é justo em termos de trocas mútuas entre as partes, um acordo. Procura satisfazer seus próprios interesses e necessidades em um mundo onde se deve reconhecer que os outros também têm seus interesses

Nível 2 – Moralidade convencional

O valor moral reside na realização de papéis bons ou corretos, em manter a ordem convencional e atender as expectativas dos outros.

- Estágio 3- Expectativas interpessoais mútuas, relacionamentos e conformidade interpessoal.

Perspectiva do indivíduo no relacionamento com os outros. Consciência de sentimentos compartilhados, acordos e expectativas que tem prioridade sobre os interesses individuais. Relaciona pontos de vista pondo-se no lugar do outro, porém ainda não considera uma perspectiva de sistema generalizado. O que é certo é o que está de acordo com o que as pessoas a sua volta esperam. “Ser bom” é importante e significa ter bons motivos, demonstrando preocupação com os outros. Também significa ter um relacionamento mútuo, como confiança, lealdade, respeito e gratidão. Necessidade de ser uma pessoa boa aos próprios olhos e aos demais.

- Estágio 4 – Sistema social e consciência

Diferencia o ponto de vista da sociedade dos acordos ou motivos interpessoais. Assume o ponto de vista do sistema, que define papéis e regras, e considera as relações individuais como parte do sistema. O que é certo é definido em termos do que mantém o funcionamento da sociedade e que evita seu colapso, caso todos fizessem assim. As leis serão mantidas exceto em casos extremos quando entram em conflito com outros deveres sociais fixos. O bem está em contribuir com o grupo, instituição e sociedade.

Nível 3 – Moralidade pós-convencional

O valor moral reside de acordo consigo próprio para padrões, direitos e deveres compartilhados ou compartilháveis.

- Estágio 5 – Contrato social ou utilidade e direitos individuais

Perspectiva de prioridade à sociedade. Perspectiva de uma consciencia racional individual de valores e direitos prioritários para os contratos sociais e afins. Integra perspectivas por meio de mecanismos formais de acordos, contratos, imparcialidade objetiva e obrigações processuais. Considera o ponto de vista moral e legal, reconhecendo que às vezes eles entram em conflito, sendo difícil integrá-los.

Nesse estágio o indivíduo reconhece que as pessoas têm diversos valores e opiniões e que a maioria de seus valores e regras são relativas ao seu grupo. Essas regras devem ser normalmente mantidas pelo bem da imparcialidade e porque elas são parte do contrato social. Todavia, alguns valores e direitos como a vida e a liberdade devem ser mantidos em qualquer sociedade, independente da opinião da maioria.

O motivo para se fazer o que é certo volta-se para o senso de obrigação à lei em função do contrato social. Requer agir em conformidade às leis pelo bem e proteção do direito de todos. Há um sentimento de compromisso de contrato aceito livremente para com a família, a amizade, as relações de trabalho, evidenciando uma preocupação de que as leis e deveres se baseiam num cálculo racional de utilidade geral “o maior bem para o maior número de pessoas”.

- Estágio 6 – Princípios éticos universais.

Perspectiva de um ponto de vista moral do qual partem os acordos sociais. A perspectiva é a de qualquer indivíduo racional que reconhece a natureza da moralidade ou o fato de que as pessoas são fins em si mesmas e como tais devem ser tratadas. O que é certo é seguir princípios éticos escolhidos por si mesmo. Leis e acordos sociais só são válidos porque se fundamentam em tais princípios. Quando as leis violam tais princípios, o indivíduo age de acordo com seu princípio. Os princípios neste caso são princípios universais de justiça: a igualdade dos direitos humanos e respeito à dignidade dos seres humanos como pessoas.

Resumidamente, o nível pré-convencional corresponderia a uma perspectiva em que os indivíduos consideram as regras e as expectativas sociais como algo que lhes é exterior. O sujeito toma uma atitude levando em consideração apenas as consequências de seus atos. No nível convencional o indivíduo identifica-se com as regras e normas sociais. Acredita no valor daquilo que julga como correto e afirma realizar ou não determinadas ações de acordo com a aceitação das outras pessoas ou do respeito a ordem social. No nível pós-convencional os indivíduos procuram definir os valores e os princípios morais por si mesmos, baseados em princípios que se pretendem universais. Nesse nível de maior maturidade moral são possíveis os questionamentos às leis por reconhecê-las como injustas (KOHLBERG, 1984).

Em relação ao dilema de Heinz, Kohlberg (1981) apresenta exemplos de justificativas para cada um dos estágios por ele apresentados.

- Estágio 1 – A favor: Se Heinz deixar sua esposa morrer, ele será culpado por não tentar salvá-la. Contra: Heinz não deve roubar a droga porque ele pode ser preso. Se ele fugir, ficará pensando que a polícia poderá pegá-lo a qualquer momento.
- Estágio 2 – A favor: Não incomodaria muito a Heinz ficar um tempo na prisão, se quando ele saísse tivesse sua esposa viva. Contra: Se a esposa de Heinz morrer, ele não deve se culpar. Não foi culpa dele sua esposa ter câncer.
- Estágio 3 – A favor: A família de Heinz vai pensar que ele é um marido desumano, se ele não roubar a droga para sua esposa. Contra: Não é apenas o farmacêutico que pensará que Heinz é um criminoso, todos os outros também vão pensar. Ele se sentirá mal em pensar que estará desonrando sua família e não conseguirá encarar ninguém novamente.
- Estágio 4 – A favor: Se Heinz tem algum sentimento de honra, não poderá deixar sua esposa morrer, pois deve cumprir seu dever para com ela. Contra: Heinz se sentirá culpado por sua desonestidade e transgressão às leis. A lei é algo que nossa sociedade necessita. Se não tivéssemos as leis, as pessoas roubariam, não teriam que trabalhar para viver e toda a sociedade perderia sua estabilidade.
- Estágio 5 – A favor: A lei não foi criada para essas circunstâncias. Roubar a droga nesta situação não está certo, mas é justificado fazê-lo. Contra: Você não pode culpar completamente alguém por roubar, mas mesmo as circunstâncias extremas não

justificam você transgredir a lei. Você não pode ter todos roubando sempre que ficam desesperados. O fim pode ser bom, mas os fins não justificam os meios.

- Estágio 6 – A favor: Em uma situação como a de Heinz, em que é necessário tomar uma decisão, roubar é moralmente correto. Ele deve agir de acordo com o princípio de preservar e respeitar a vida. Contra: Heinz não deve agir de acordo com seus sentimentos particulares em relação a sua esposa, mas sim considerar o valor de todos os envolvidos, como aqueles que também necessitam da droga.

Todavia, posteriormente, o próprio Kohlberg admitiu haver fragilidades em sua teoria, dado que numa pesquisa com estudantes universitários, utilizando-se do mesmo instrumento de pesquisa, ele constatou uma suposta regressão moral, contrariando a estrutura de sua teoria acerca de uma evolução moral obrigatória do indivíduo durante a vida, ou de, no mínimo, uma parada de progressão em determinado estágio (REGO, 2003).

Diante de tal fato, Kohlberg reconheceu a fragilidade do método clínico utilizado por ele desde então. Outro ponto fraco de sua teoria, apesar de não ter sido reconhecido, foi quanto a desconsideração de estágios intermediários de desenvolvimento, assim como de uma passagem menos súbita de um estágio a outro (REGO, 2003). Contudo, a solução dada para essa questão foi pontuar as respostas dos indivíduos aos dilemas, isto é, uma tentativa de conferir mais objetividade ao teste, que passou a classificar os indivíduos segundo seu raciocínio moral predominante.

Outro problema encontrado fez alusão a falta de evidência empírica que pudesse comprovar a existência dos dois estágios relativos ao pensamento pós-convencional, visto que, na maioria das pesquisas realizadas, estes praticamente não foram encontrados. Sobre esse aspecto, Menin (1996) revela que isso ocorreu principalmente quando as pesquisas foram realizadas em culturas mais rígidas e engessadas do ponto de vista social e moral. Sendo a interação entre os indivíduos e deles com o meio um dos fatores que favorecem um maior desenvolvimento moral, nas sociedades em que há falta de diversidade cultural, de liberdade de crença e de mobilidade social, sob pena severa a qualquer transgressão às leis e aos códigos vigentes, raramente encontram-se indivíduos cujo raciocínio predominante seja pós-convencional (MENIN, 1996). A autora destaca ainda outro fator passível de influenciar o desenvolvimento moral: o *role-taking* ou como foi traduzido, a adoção de

diferentes papéis, concebida por Robert Selman como a capacidade do indivíduo de se colocar no lugar do outro, compreender e coordenar diferentes pontos de vista.

Legitimado por Kohlberg, o *role taking* envolve além da habilidade cognitiva para julgamento a partir de diferentes perspectivas, o componente empático retratado pela capacidade de descentração na tentativa de compreender os sentimentos e as razões da conduta do outro. Cabe ressaltar que apesar dos aspectos cognitivos e racionais se apresentarem como elemento central da teoria de Kohlberg, assim como em Piaget, para eles cognição e afetividade possuem uma base comum e são indissociáveis. Além disso, a cognição – permeada pelos afetos –, assim como a interação social, são elementos cruciais para o desenvolvimento moral e para formação da noção de justiça (KOHLBERG, 1981; 1984).

Quanto a interação social, autores como Dewey, Dougall, Baldwin, dentre outros que seguem uma linha de raciocínio semelhante, afirmam que as normas e os princípios nascem muito mais dessa interação, do que das regras pré-estabelecidas e interiorizadas; e que as influências do meio são definidas muito mais pela dimensão e pela qualidade dos estímulos cognitivos e sociais, do que por experiências peculiares e disciplinadoras (KOHLBERG, 1989).

Desse modo, a união satisfatória de ambos estímulos, cognitivo e social, permite a ampliação da capacidade de raciocínio crítico, o qual favorece a análise das relações reais entre duas coisas, a consideração das diversas possibilidades de resolução de um problema, a elaboração de hipóteses abstratas com a dedução das possíveis consequências de determinada ação antes das tomadas de decisão, por exemplo. Uma vez que muitos indivíduos, inclusive aqueles já adultos, não ascendem ao desenvolvimento moral pleno, eles não são capazes de considerar todas as possibilidades nem de formular hipóteses abstratas.

Apesar da capacidade de raciocínio crítico ser condição necessária para o aperfeiçoamento dos julgamentos morais, ela sozinha não basta para a concretização de uma ação moral. Todavia, Kohlberg acredita que os juízos morais podem funcionar como indicadores das atitudes dos sujeitos. Aqueles que alcançam os estágios superiores teriam seus juízos como fundamentação e fonte de motivação de suas ações. Para ele as condições

para agir moralmente englobam o juízo da situação e de sua própria responsabilidade sobre ela e a ação moral efetiva (KOHLBERG, 1981; 1984).

4.2 A PERSPECTIVA DE CAROL GILLIGAN: UM OUTRO OLHAR SOBRE A MORALIDADE

Apesar dos estudos de Kohlberg terem se tornado ponto de partida de qualquer discussão neste campo e referência para as questões relacionadas à educação moral, sua teoria acerca do desenvolvendo moral recebeu muitas críticas. Estas se deram pela atribuição de um papel excessivo à razão (HOFFMAN, 1987; BOYD, 1989; GIBBS, 1991; EISENBERG, 2000), pela moralidade baseada apenas no senso de justiça (CAMPBELL; CHRISTOPHER, 1996; FLANAGAN, 1996; ARAÚJO, 2000), pela universalidade dos estágios morais (SIMPSON, 1974; SHWEDER, 1990; BLUM, 1990) e pelo viés de gênero (GILLIGAN, 1982; NODDINGS, 1984).

Uma das críticas que vale a pena ressaltar, fundamentada por Carol Gilligan (1982), apontou um viés de gênero à teoria de Kohlberg. Gilligan, psicóloga, estudiosa do desenvolvimento moral e ex-aluna de Kohlberg, ao observar que as mulheres se encontravam em estágios inferiores aos dos homens na escala de desenvolvimento moral, constatou que tanto Piaget quanto Kohlberg negligenciaram as diferentes formas de inserção social do masculino e do feminino. Segundo ela, as concepções de tais teóricos acabaram por privilegiar a ótica masculina ao desconsiderar a construção histórica e social da identidade feminina subordinada ao homem.

Tal crítica não se restringiu a ideia defendida por Piaget de que meninos seriam mais preocupados com as regras e meninas com as relações, ela abordou a valoração atribuída a tais aspectos. Mais explicitamente, Gilligan questionou a supervalorização do pensamento masculino que centrou a discussão da moralidade em torno de questões de justiça, regras e direitos em relação a concepção feminina de reconhecimento das pessoas, de seus desejos e necessidades e da condição relacional e de interdependência humana, representada pela ética do cuidado (REGO, 2003; MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016).

Para ela a hierarquização na escala de desenvolvimento moral legitimou uma discriminação ao atribuir um valor maior ao estágio que seria possível de ser atingido por

homens – relacionada à justiça – do que ao estágio a ser alcançado pelas mulheres – referente ao cuidado (REGO, 2003). Contestou o fato das mulheres serem consideradas como “deficientes” por não alcançarem, em sua maioria, o estágio mais elevado do desenvolvimento moral de Kohlberg, representado por regras e princípios universais de justiça (GILLIGAN, 1982). Assim, “os traços que tradicionalmente tem definido a bondade das mulheres, seu cuidado e sensibilidade às necessidades dos outros são aqueles que as assinalam como deficientes no desenvolvimento moral” (GILLIGAN, 1982, p. 29).

Na tentativa de repensar o arcabouço teórico no qual o desenvolvimento moral havia sido produzido, Carol Gilligan apresenta uma outra perspectiva sobre a moralidade, não pensada em termos de hierarquia, e, sim, de complementaridade à ética de justiça, expressa pela ética do cuidado. Em sua obra *In a Different Voice*, Gilligan (1982) não tenta definir ou impor um modelo de moralidade, nem explicar sua origem. Ela faz uma análise de gênero sob a percepção dos direitos e obrigações e sob o modo de pensar os relacionamentos, buscando a integrar os valores sociais e as necessidades afetivas do sujeito à moralidade.

A voz feminina reconhece a moralidade como responsabilidade do cuidar, prevenção de danos, o cuidado do outro como essencial, moldando-se em seus relacionamentos como aos existentes entre pais e filhos, derivados dos vínculos com os outros. As mulheres são direcionadas e formadas por relacionamentos construídos num contexto, tais como as relações familiares, enquanto os homens por relacionamentos e ajustes que são aceitos livremente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001). Desse modo, ela passa a considerar a possibilidade de compreender a moralidade sobre um outro olhar, o do cuidado (GILLIGAN, 1982; REGO, 2003).

Na dimensão do cuidado, o impasse moral desponta quando existem responsabilidades conflitantes, enquanto para justiça o que existe é a divergência de direitos. Nesse sentido, a moralidade dos direitos se diferencia da moralidade da responsabilidade pela atenção ao individual e não ao relacionamento como componente fundamental. (GILLIGAN, 1982; REGO; PALACIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016).

Apesar de apoiar sua crítica num viés de gênero, Gilligan reconhece que qualquer indivíduo, independente do gênero, é capaz de solucionar um conflito moral com base tanto

nas orientações da justiça quanto do cuidado (LIMA, 2004) e ambas as possibilidades podem representar uma evolução do desenvolvimento moral. Desse modo, podemos dizer que a contribuição fundamental de Gilligan foi a de contestar a teoria de um caminho e possibilidade únicos de desenvolvimento moral. Para ela existem formas alternativas, como as duas vozes distintas da moral por ela identificadas, que provem de uma ênfase na justiça ou no cuidado, de forma complementar, sem hierarquização (REGO, 2003; LIMA, 2004; MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016). Com isso, amplia-se o horizonte de possibilidades para pensarmos sobre outras éticas, configurando-se como fundamental a compreensão de que não há apenas uma forma de identificar as éticas presentes na existência e nas relações humanas.

4.3 A EDUCAÇÃO MORAL COMO FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MORAL

A educação moral compreende a construção do sujeito voltada para consciência e raciocínio críticos que lhe possibilite perceber e avaliar continuamente a realidade cotidiana em relação a adequação às tradições e às normas sociomorais vigentes (PUIG, 1998; GOERGEN, 2007; REGO, 2003). Para Goergen (2007), essa construção deve ocorrer a partir do ponto de vista da liberdade, condição *sine qua non* de qualquer moralidade, e da justiça, condição antropológica do ser humano enquanto ser social, que precisa encontrar modos de convivência que harmonizem seus direitos e deveres. Nesse sentido, o objetivo da educação moral é alcançar o melhor modo possível de viver em um meio social, cultural e histórico determinado (PUIG, 1998).

Sendo a liberdade condição para qualquer decisão e ação moral, nada nem ninguém pode obrigar um indivíduo a ser um sujeito moral contra a sua vontade. Também, respeitar as normas e agir em conformidade com elas, quer pelo conforto de não ter que refletir sobre as mesmas ou por medo de punição no caso de transgressões, pode ser o bastante para a pessoa ser correta no sentido de concordância com tais normas, mas não é necessariamente condição para que ela seja moral (GOERGEN, 2007).

O indivíduo constitui-se como ser moral somente a partir do exercício constante de conquista da liberdade que ele faz consigo próprio. Logo, ele pode tornar-se moral ou não

pela possibilidade de se desenvolver a partir de um processo de tomada de consciência livre e responsável (GOERGEN, 2007). Nesse processo, a educação como prática formadora tem papel fundamental e de destaque, devendo o educador evitar a todo o custo que seus alunos se orientem tanto por convicções que compreendam um indiferentismo moral quanto por atitudes dogmáticas. Além disso, a educação não deve se resumir somente ao treinamento técnico com acúmulo e memorização de informações, concebido como modelo de educação bancária, segundo adverte Paulo Freire (1996), um dos pensadores de maior referência na área da educação:

[...] transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. Se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando (FREIRE, 1996, p. 33).

Entretanto, de modo geral, a educação moral silencia a reflexão e volta-se para a transmissão de valores, os quais pretende-se que sejam aceitos e reconhecidos pelos estudantes como tal. Isto posto, a educação moral destinada a construção de valores e princípios dá lugar ao doutrinamento. O doutrinamento é um tipo de instrução que, ao desrespeitar a liberdade e a autonomia do educando, impede o desenvolvimento do pensamento crítico, pilar da educação (FREIRE, 1996). A transferência de determinado conteúdo moral aos estudantes os confina ao universo moral do professor, o que Cortina (2003) denomina como uma moral fechada.

Para Freire (1996), autor da obra *Pedagogia da Autonomia*, educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou construção. Sendo assim, devem ser respeitados os saberes do educando, assim como deve ser encorajada sua capacidade criadora. O clima de respeito que nasce de relacionamentos justos e generosos, em que a influência do docente e as liberdades dos alunos se assumem eticamente, legitima o caráter formador do ambiente pedagógico (FREIRE, 1996).

O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. [...] O professor que desrespeita a curiosidade do educando, o seu gosto estético, a sua linguagem, mais precisamente, a sua sintaxe e a sua prosódia; o professor que ironiza o aluno, que o minimiza, que manda que ele se ponha em seu lugar ao mais ténue sinal de sua rebeldia legítima, tanto quanto o professor que se exime do cumprimento de seu dever de ensinar, de estar respeitosamente presente à experiência

formadora do educando, transgride os princípios fundamentalmente éticos de nossa existência (FREIRE, 1996, p. 59-60).

Na aprendizagem verdadeira, os educandos constroem e reconstroem o conhecimento por meio do diálogo e da argumentação, tal como os educadores que também estão sujeitos a este processo (FREIRE, 1996). É preciso lembrar, entretanto, que a educação não é neutra, pois ela necessariamente remete à valores do educador de forma implícita ou explícita (FREIRE, 1996; GADOTTI, 2000). Em outras palavras, as escolhas ou omissões do professor expressam seus valores, configurando uma prática política. Considerar a educação neutra supõe a concordância absoluta em relação aos modos de vida individual e social, à visão política a ser colocada em prática e aos valores a serem incorporados (FREIRE, 1996). Enfim, algo irrealizável.

Sabendo-se que ninguém pode se desenvolver sozinho, sem influência, ou seja, que não é possível fugir totalmente à manipulação educativa, devemos tentar limitá-la. Para tanto, o professor deve buscar seu desenvolvimento pessoal e de seus alunos, com abertura e afirmação de possibilidades e potencialidades, já que a educação se estende por toda a vida (FREIRE, 1996; GADOTTI, 2000). Freire (1996) aponta que termos consciência de que somos seres inacabados nos inscreve necessariamente num permanente movimento de busca e nisso se origina a educação.

Também nesse processo os alunos passam a serem capazes de reexaminar o conteúdo do aprendizado, reconhecendo a possibilidade e o direito de pensar e fazer diferente. Com isso eles libertam-se de determinadas lógicas de captura, de modo a assumir o protagonismo de seu aprendizado, superando a condição de sujeito passivo (FRANCO; MERHY, 2013). A conquista do espírito crítico, que pressupõe maior grau de liberdade e autonomia, caracteriza uma forma de pensamento menos condicionada e, conseqüentemente, uma maior maturidade moral.

Do mesmo modo, para diversos autores (DEWEY, 1975; PIAGET, 1996; KOHLBERG; POWER; HIGGINS, 1997; TURIEL, 2002; PUIG, 1998; BUXARRAIS, 1997), é a vivência de situações capazes de exercitar o raciocínio moral, pela exposição de diferentes pontos de vista, explicitação de argumentos e discussões, que contribui para o desenvolvimento moral com vistas a construção da autonomia.

Nesse sentido, a visão interacionista de Piaget reconheceu a importância de um ambiente favorável para o desenvolvimento moral, assim como o uso de metodologias ativas que mais do que os procedimentos verbais ou “lição moral” auxiliam no desenvolvimento dos alunos (PIAGET, 1974; 1996). Ele defende a ideia de que somente na experiência social com o maior distanciamento possível da autoridade e da dominação moral e intelectual é possível conduzir os indivíduos a “uma certa forma de consciência intelectual e de consciência moral distanciada da anomia peculiar ao egocentrismo e de heteronomia das pressões exteriores porque ele realiza a autonomia adaptando-se à reciprocidade” (PIAGET, 1974, p. 60).

Essa visão piagetiana de que a construção de uma moral autônoma não resulta da mera apropriação de valores também foi defendida por Kohlberg, que acreditava que a discussão sobre os problemas morais, por colocar o indivíduo em contato com diferentes opiniões e pontos de vista, seria a melhor forma de favorecer a evolução do raciocínio moral em direção a autonomia. Tal como Piaget em sua teoria da equilibração, ele presumia que quando o indivíduo se depara com problemas que ele não consegue resolver através de estratégias previamente conhecidas, ocorre um desequilíbrio das estruturas lógicas relacionadas ao julgamento moral que oportuniza novas e mais evoluídas estratégias de raciocínio (KOHLBERG, 1984), sendo essencial, portanto, a submissão dos indivíduos às situações conflituosas para tal progresso.

Além disso, Kohlberg atentou para o ambiente ao levantar questões sobre o currículo oculto. O currículo oculto relaciona-se ao conjunto de estímulos e experiências de formação que o estudante recebe sem um planejamento formal ou previsão para tal. Este compreende, principalmente, a aquisição de atitudes e valores que ocorrem de forma não intencional e se constitui como um “pano de fundo” que atravessa todo o processo de formação do indivíduo (PERES; ANDRADE; GARCIA, 2007; TAVARES et al., 2007; SILVA, 2004; SANTOMÉ; JURJO, 1995). Assim, por considerar que a formação dos educandos inclui elementos para além do conteúdo formal, Kohlberg também faz referência ao ambiente como um fator determinante para um programa de educação moral.

Por acreditar que para uma sociedade melhor os indivíduos deveriam observar os princípios morais universais, como liberdade e justiça, Kohlberg e seus seguidores voltaram-se para a idealização de programas de educação moral. Num estudo clássico,

Moshe Blatt, sob orientação de Kohlberg (1975), propôs um método de discussão de dilemas para acelerar o processo de desenvolvimento moral em crianças e pré-adolescentes. Para testar sua hipótese os autores conduziram uma pesquisa que consistia em apresentar dilemas morais hipotéticos que envolvessem os participantes e provocassem um debate acalorado entre eles. Grande parte da discussão era gerada pelos próprios alunos e os pesquisadores atuavam como mediadores, intervindo para resumir, esclarecer e apresentar um ponto de vista diferente e mais evoluído, caso este não surgisse espontaneamente na discussão.

Assim, ao invés de impor regras ou valores e tendo por base a perspectiva cognitivista, através de um debate, eles encorajavam argumentos um estágio acima daqueles da maioria da turma, supondo que isso geraria um conflito cognitivo e, portanto, favoreceria a maturidade de julgamento moral. Eles supunham que a discussão de dilemas morais estimularia os alunos a avançarem a um estágio mais complexo do desenvolvimento moral, produto da transformação estrutural de seu pensamento (BLATT; KOHLBERG, 1975; BIAGGIO, 1997).

Após a comparação das medidas de pré e pós-teste, Blatt e Kohlberg mostraram que a maioria das crianças estimuladas haviam evoluído moralmente, diferentemente daquelas que não receberam tal estímulo. Esse desfecho fez com que o método ganhasse popularidade e passasse a ser utilizado por diversos pesquisadores (BERKOWITZ, 1985; GIBBS et al., 1984; BIAGGIO, 1985; LINS; CAMINO, 1993; RIQUE; CAMINO, 1997).

Além da discussão de dilemas, Kohlberg propôs outro método de educação moral, a “comunidade justa” ou “just community”, que partiu de sua observação durante uma visita a um Kibutz em Israel, em que constatou que o forte senso de comunidade, uma espécie de coletivismo moral, exercia uma influência direta no desenvolvimento moral das crianças. Com isso, Kohlberg passou a considerar que a criação de normas coletivas de forma democrática pelos membros da sociedade poderia estar associada ao processo de desenvolvimento da autonomia, modificando, portanto, sua visão inicial de formação moral como conformismo moral nesses casos.

Assim como nas pesquisas de Kohlberg que se utilizaram da discussão de dilemas, no Brasil, as pesquisas que também empregaram esta técnica verificaram um resultado

positivo quanto ao desenvolvimento moral dos participantes (BIAGGIO, 1985; LINS; CAMINO, 1993; RIQUE; CAMINO, 1997). Já o estudo de Barreto et al. (2009), ao aplicar o modelo de “comunidade justa” em uma organização não governamental, não encontrou diferença significativa nos resultados das medidas de desenvolvimento moral antes e depois da intervenção. Contudo, os autores afirmaram que os avaliadores consideraram o modelo de intervenção como eficiente para a diminuição dos conflitos na instituição e para promoção de mudanças nas atitudes dos alunos.’

Freitag (2005) critica a educação moral nos moldes da comunidade justa, uma vez que para ela a moral construída pela coletividade suprime a consciência moral individual. Por isso, a autora assinala que a discussão de dilemas é o melhor dentre os dois métodos propostos por Kohlberg para a promoção da consciência moral autônoma. Não obstante a essa e a outras críticas, pode-se afirmar que a grande contribuição dos estudos de Piaget e Kohlberg é a observação de que a moral ensinada pelos métodos tradicionais não promove o desenvolvimento do indivíduo com vistas à autonomia.

Valorizando a compreensão piagetiana de que o juízo moral humano é composto por elementos afetivos e cognitivos inseparáveis na ação, embora passíveis de distinção; e partindo da teoria inicial do desenvolvimento moral de Kohlberg, o pesquisador alemão Georg Lind reafirmou a possibilidade de promover alterações nessas estruturas e, por conseguinte, proporcionar o incremento da capacidade de julgamento moral dos indivíduos. Lind e outros pesquisadores da Universidade de Konstanz na Alemanha desenvolveram estudos sobre o processo de educação moral com vistas a favorecer o desenvolvimento das competências morais nos indivíduos, entendendo competência como a capacidade de agir conforme seus valores. Isso porque apesar de possuímos um conjunto de valores, nem sempre tomamos atitudes de acordo com eles e, muitas vezes, sequer conseguimos distinguir as situações conflituosas que se sobressaem no cotidiano.

Desse modo, Lind (2005a, 2006) propôs uma metodologia de intervenção educacional para o desenvolvimento do julgamento moral e de competências morais democráticas reunindo as concepções de John Dewey acerca da imprescindível relação entre moralidade, democracia e educação, e aspectos do método de discussão de dilemas de Blatt e Kohlberg (1975). Distanciando-se do ensino de valores e normas, ele apresenta seu

método de discussão de dilemas, o *Konstanz Method of Dilemma Discussion* (KMDD), para a promoção dessas competências.

O KMDD fundamenta-se em quatro regras (LIND, 2011). A primeira está voltada para a promoção de um ambiente democrático, livre de pressões externas e capaz de garantir a liberdade de expressão dos indivíduos e um ambiente favorável à aprendizagem. A segunda regra relaciona-se a reaprendizagem, em que os sujeitos devem manifestar seus pontos de vista de forma oral e escrita para melhor estruturar seu argumento, assim como se abrir para diferentes perspectivas externas, ambas a fim de possibilitar uma reaprendizagem ou reiterar suas próprias convicções. A terceira regra traduz-se na regulação das afetividades, isto é, o debate deve ser conduzido sem que haja alterações emocionais excessivas de excitação ou agressividade ou, por outro lado, desistesse e até mesmo sono dos participantes, visando uma interação ideal. A quarta e última regra seria a necessidade de autoavaliação da eficácia do método, através da qual um professor experiente receberia o feedback dos alunos ou realizaria o *Moral Judgment Test* (MJT) após algumas sessões de discussões de dilemas com esta metodologia.

O MJT é instrumento de investigação do desenvolvimento moral, também foi elaborado por Lind, que utiliza-se de três dilemas semirreais do cotidiano: o dilema do operário, o dilema do juiz e o dilema do médico, sendo este último também utilizado em nosso estudo. A partir destes, tem-se como objetivo mensurar a competência de juízo moral dos indivíduos por sua capacidade de julgar os argumentos, especialmente, os contra argumentos. De outro modo, na avaliação do MJT, hoje reconhecido como *Moral Competence Test* (MCT), para o indivíduo ser considerado como alguém de elevado grau de competência moral, ele precisa reconhecer a qualidade moral de um dado argumento a despeito de sua concordância ou discordância.

Vale ressaltar que nosso estudo não teve a proposta de intervenção para o desenvolvimento moral, nem de avaliação do desenvolvimento ou competência moral dos indivíduos, uma vez que nosso objetivo não é classificar o indivíduo em estágios de desenvolvimento moral, nem verificar sua competência moral, nem tão pouco avaliar as práticas profissionais em si. Nesse estudo buscamos conhecer os juízos morais e analisá-los, propondo uma reflexão sobre as possibilidades de ações educativas para melhor preparação dos profissionais de saúde frente aos problemas morais.

Nesse sentido, Josep Maria Puig (2004) concebe que práticas de reflexividade e deliberação abrem espaço para a expressão e criatividade moral dos indivíduos, permitindo a busca ou elaboração de algo moralmente valioso ou correto. Tais práticas se referem a utilização de capacidades que permitem conhecer e dirigir a si mesmo (prática de reflexividade) e a um esforço em resolver os problemas relacionados ao melhor modo de viver por meio de argumentos racionais (prática de deliberação). Para o autor, ao lidarmos com situações novas de conflito e até mesmo com casos em que já existe uma verdade fixada deve-se recorrer a tais práticas, uma vez que ambas são imprescindíveis para o reconhecimento de sociedades plurais e democráticas (PUIG, 2004).

A educação nesses termos amplia o horizonte de interpretações sobre os modos de vida e de pensar, podendo surgir, inclusive, questionamentos às normas e às leis vigentes. Embora continuem necessários para uma convivência social ordenada e pacífica, os códigos orientadores de conduta passam a ser passíveis de críticas e mudanças de modo a acompanhar as transformações individuais e da sociedade (GOERGEN, 2007).

Nesse sentido, a importância da educação moral não se limita a determinação de como viver individual ou socialmente, mas em decidir a melhor forma de agir dentre as possibilidades que se apresentam. Isso porque alguns conflitos resultantes da divergência de interesses, perspectivas e convicções políticas, religiosas, ideológicas e etc, inerentes a própria natureza da moral, precisam ser abordados de modo a alcançar a melhor ou mais adequada proposta para os indivíduos e/ou coletividade (GOERGEN, 2005).

Contudo, a formação moral que considera as dimensões individual e social do ser humano e defende a construção de um sujeito autônomo e livre, mas, ao mesmo tempo, político e social, não é uma tarefa fácil (GOERGEN, 2007, PUIG, 1998). Atualmente, além dos obstáculos que dificultam o verdadeiro processo educacional, percebe-se uma desconexão entre a busca do prazer imediato e a virtude, assim como uma relação antagônica em que “a realização social, o sucesso, o bem estar são facilitados pela contravenção, pelo poder, pela exploração das pessoas e do meio” (GOERGEN, 2007, p. 759).

4.4 EDUCAÇÃO MORAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ABORDAGENS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

No mundo contemporâneo os cenários, sejam da política, da economia, da biologia e/ou da medicina encontram-se em constante transformação, suscitando novos desafios para a reflexão ética acerca das decisões e práticas morais. Também, atualmente, a maioria das tradições perderam seu poder orientador e, até mesmo, encontram-se sob suspeita, de modo que não oferecem mais sustentação e certezas (GOERGEN, 2007).

Diante disso, cremos ser de fundamental importância que a formação do indivíduo contemple uma visão plural e um componente crítico, de modo a favorecer seu desenvolvimento moral e, dessa forma, contribuir para práticas menos preconceituosas, desumanas e injustas. Mais ainda se pensarmos em termos de cuidado em saúde, a qual compreende múltiplos olhares e se realiza com base no protagonismo de cada sujeito no encontro entre profissionais de saúde e usuários, motivo de todo esforço produtivo (FRANCO; MERHY, 2013).

Sobre essa consideração, Franco (2015) adverte que um pensamento produzido por influência externa e não por uma decisão própria derivada desse encontro entre profissional e usuário pode produzir ações imorais. Como exemplo, ele descreve um relato, em que uma equipe multiprofissional da atenção básica, ao tomar conhecimento de que em uma das famílias atendidas havia uma relação incestuosa consensual entre a mãe de oitenta e poucos anos e seu filho de uns cinquenta e tantos, associou tal comportamento a “perversão” e passou a condená-los e a puni-los com o abandono. Vale esclarecer que a imoralidade aqui não reside na relação entre mãe e filho, mas na paralisação das ações de cuidado dirigidas a eles.

Observamos, assim, que o cuidado em saúde pode ser marcado por contradições, pois no exemplo dado acima aquele que deveria ser espaço de acolhimento e escuta manteve-se negado e silenciado. Mas, foi numa proposta de educação permanente que a situação veio à tona, possibilitando sua compreensão pelos profissionais e a reconstrução do vínculo necessário à retomada do cuidado efetivo. Isso significa que é no interior das estruturas educacionais que se estabelece a luta por práticas individuais e sociais que favoreçam o bem-estar de todos. Adorno e Horkheimer (1973) afirmam que:

[...] é preciso reconhecer os mecanismos que tornam as pessoas capazes de cometer tais atos, é preciso revelar tais mecanismos a eles próprios, procurando impedir que se tornem novamente capazes de tais atos, na medida em que se desperta uma consciência geral acerca desses mecanismos (ADORNO; HORKHEIMER, 1973, p. 121).

Com isso, atribuímos à educação uma importante tarefa. Significa que a formação moral deva ocupar lugar central na educação, exigindo que essa última seja transparente em sua finalidade (GOERGEN, 2007). A finalidade da educação está relacionada à assunção da postura moral, a empenhar esforços na formação de indivíduos, em seu desenvolvimento moral. A postura moral está profundamente vinculada ao conceito de democracia e de justiça social, visto que nos tempos atuais se privilegiam e se antepõem os interesses individuais aos sociais e comunitários. Para tanto é preciso contar com docentes comprometidos com o educar moralmente. Ou seja, os professores devem se preocupar em reconstituir para si próprio e seus alunos o sentido da responsabilidade moral em novas bases, menos individualistas.

Situar a educação moral nesse contexto é reconhecer um grande desafio: a luta contra a tendência educacional dominante, que é de enquadramento das pessoas a uma realidade, orientada pelos interesses do sucesso pessoal, da posse de bens e do exercício do poder (GOERGEN, 2007). Contudo, a formação na área da saúde, em geral, se limita a formação técnica e desconsidera a educação moral. Isso porque o cuidado em saúde ao ser influenciado, sobretudo, pelo progresso biotecnológico e pela globalização, empreendeu ajustes no processo de formação profissional a fim de que os estudantes saíssem preparados para ingressar nos serviços e instituições organizadas e orientadas, essencialmente, pela lógica da produtividade e do capital (FRIGOTTO, 1996; DE SORDI; BAGNATO, 1998).

Essa lógica capitalista associada a um modelo biomédico centrado na doença, na biologização dos conteúdos e não na pessoa de forma integral contribuiu para elaboração de programas educacionais com uma visão reducionista frente às outras dimensões da saúde como a humana e a social (CARVALHO; CECCIM, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). A graduação passou a formar profissionais de saberes restritos ao conhecimento tecnocientífico. Os currículos foram organizados em unidades disciplinares conteudistas ao invés de prezarem por uma produção pedagógica voltada para construção do conhecimento e interação de saberes (CARVALHO; CECCIM, 2006). Mais explicitamente, a

aprendizagem ficou reduzida aos ensinamentos do professor, dos livros e dos estágios supervisionados e a perspectiva avaliativa dos estudantes concentrou-se, quase que exclusivamente, na capacidade de memorização de informações para as provas de aquisição cognitiva (CARVALHO; CECCIM, 2006). Sobre esse cenário, Morin (2000) comenta que:

[...] as mentes formadas pelas disciplinas perdem suas aptidões naturais para contextualizar os saberes, do mesmo modo que para integrá-los em seus conjuntos naturais. O enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como ao enfraquecimento da solidariedade (cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos) (MORIN, 2000, p. 41).

A desconsideração da dimensão humana e dos aspectos ético-morais, que assim como o conhecimento técnico são fundamentais ao cuidado em saúde, fez com que a formação profissional nesta área se tornasse deficiente (CARVALHO; CECCIM, 2006; GOMES; AMORIM; MOURA, 2006). Como consequência, os egressos das universidades passaram a entrar no mercado de trabalho ansiosos por exibir seu domínio sobre a tecnologia, suas habilidades cognitivas e psicomotoras, mas, simultaneamente, deficientes e distantes dos compromissos humanos e éticos fundamentais que deveriam orientar as relações humanas, e mais especificamente, a assistência em saúde (DE SORDI; BAGNATO, 1998).

Dentre os aspectos relevantes que passaram a confrontar a educação universitária, cujo objetivo fundamental deveria ser a formação de indivíduos críticos, estão indagações no que tange ao espaço e tempo disponibilizados para a criatividade, à flexibilidade nos seus ordenamentos e à integração dos saberes e práticas, os quais não deveriam se restringir à ciência ou ao conhecimento técnico (CARVALHO; CECCIM, 2006). Surgiram ainda reivindicações para uma formação mais geral, de profissionais capazes de oferecer uma atenção humanizada e integral ao indivíduo e de trabalhar em equipe, e ainda que tais profissionais fossem capazes de tomar decisões considerando não somente sua situação clínica, mas todo contexto em que ele estivesse inserido (FEUERWERKER, 2002).

Pensar a produção de saúde significa considerar a dimensão humana e subjetiva de cada indivíduo e o modo como ele se constitui como sujeito moral e político (FRANCO; MERHY, 2013). Sendo assim, é incontestável a importância da educação moral na formação dos profissionais com o objetivo de contribuir para o reconhecimento e

disseminação dos valores éticos para a prestação de uma assistência integral, humanizada e responsável.

Entretanto, apesar de amplamente referenciada nos discursos e metas propostas pela maioria das instituições educacionais, até hoje as mudanças nesse contexto são pouco ou nada perceptíveis (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003). Nas duas últimas décadas, não houve um aumento significativo no número de disciplinas dedicadas à ética médica e/ou à bioética, nem de carga horária, nem dos docentes com funções específicas para o ensino destas disciplinas, denotando um pequeno envolvimento institucional com as questões desse âmbito (DANTAS; SOUSA, 2008). Sendo deixada às margens, a formação ético-moral nas práticas educativas na área da saúde tornou-se incompleta e deficitária.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Analisar os juízos morais dos profissionais de saúde diante de dilemas éticos relacionados ao valor de vida.

5.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer os juízos morais dos profissionais de saúde diante dos dilemas;
- Identificar e analisar os modelos de argumentação dos discursos dos profissionais de saúde;
- Discutir a importância da educação moral e refletir sobre as possibilidades de ações educativas para melhor preparação dos profissionais de saúde frente aos problemas morais.

6 METODOLOGIA

Neste estudo utilizamos uma metodologia do tipo descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa, uma vez que esta compreende a forma mais adequada de coleta de dados para a obtenção dos resultados segundo o objetivo proposto. A análise qualitativa se propõe a investigação dos fenômenos humanos e busca entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta, atribuindo a estes significados que podem ser descritos e analisados a partir de interpretações, sem almejar como produto as quantificações estatísticas, isto é, os resultados finais manipulados matematicamente (TURATO, 2005; GASKELL, 2011). Em outras palavras, na metodologia qualitativa a produção do conhecimento é proveniente de descrições de pessoas, vivências e acontecimentos e o método de análise, substituindo os dados estatísticos e as lógicas causais objetivas, produz como resultado significados e não evidências (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; MARTINS; BICUDO, 1989). A interpretação dos dados é o ponto principal da pesquisa qualitativa, sendo a essência do procedimento empírico (FLICK, 2004).

É importante salientar que o interesse dos pesquisadores que se propõem a uma análise qualitativa não está voltado para o estudo do fenômeno em si, mas para a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam, ou seja, a representação que as pessoas têm dessa experiência (DENZIN; LINCOLN, 2006; GASKELL, 2011; TURATO, 2005). A busca pelo significado das coisas, sejam elas fenômenos, manifestações, fatos, vivências, sentimentos, etc., é uma das características notáveis da pesquisa qualitativa. Turato (2005) cita algumas outras como: o campo de realização da pesquisa como ambiente natural do sujeito, sem o controle de variáveis; o pesquisador como o próprio instrumento de pesquisa; o pesquisador, por estar bem próximo da essência do objeto em estudo, confere ao método rigor da validade dos dados obtidos; e o conhecimento e os conceitos produzidos como generalizáveis, apesar dos resultados encontrados não serem do ponto de vista matemático, cabendo ao interessado examinar sua plausibilidade e utilidade.

Segundo Minayo (2008), o método qualitativo:

caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo, [e tem por objetivo] trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2008, p. 56).

Além disso, a metodologia qualitativa proporciona uma maior flexibilidade no relacionamento entre o pesquisador e os entrevistados, permitindo a busca por informações de caráter mais subjetivo, com abordagens amplas e com maior riqueza de detalhes (MINAYO, 2008). O pesquisador que utiliza esse método “costura, edita e reúne aspectos da realidade”, transformando-os em uma experiência interpretativa (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 36).

6.1 LOCAL DO ESTUDO

O cenário de investigação do estudo foi escolhido por oferecer cursos de pós-graduação que objetivam capacitar profissionais de nível superior da área da saúde para atuar na assistência, ensino e gestão. Fazem parte destes cursos, os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, o que nos permitiu trabalhar com profissionais de saúde de diferentes categorias em uma só instituição, além de ser o local de trabalho da pesquisadora.

Para a autorização do estudo foram observados os trâmites junto à direção do local, com a apresentação do projeto de pesquisa e o esclarecimento de possíveis dúvidas. E após o parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) e da instituição co-participante a pesquisa teve início.

6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As amostras das pesquisas de abordagem qualitativa são propositais a fim de alcançar o objetivo da pesquisa. No entanto, Minayo (2008) aponta alguns fatores que precisam ser observados como privilegiar os participantes que detêm as informações que o pesquisador deseja conhecer, considerar um número suficiente de indivíduos para a

reincidência de informações e escolher os participantes a fim de possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes não foi determinado *a priori*. Também esse tipo de pesquisa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão dos fenômenos e tem como temas comuns ocorrências específicas e em *settings* particulares (TURATO, 2005). O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas, independente de seu tamanho, pois o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

Todavia, existe a necessidade de restringir o grupo de análise de forma a obter uma amostragem possível de ser estudada em profundidade. De acordo com Gaskell (2011, p.71) “há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar. Para cada pesquisador este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas individuais...”. Logo, participaram desta pesquisa vinte e seis profissionais de saúde do Programa de Residência Médica e Multiprofissional.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter sido aprovado em concurso para residência na instituição e estar no cursando o primeiro ano da residência; e prestar assistência direta ao paciente. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde residentes que não estivessem cursando o primeiro ano da residência e profissionais de saúde residentes cujas atividades não mantinham contato direto com os pacientes.

Apesar desta ser uma amostra não probabilística por conveniência, isto é, de ser estatisticamente não representativa no sentido de não assegurar uma generalização dos resultados, na seleção dos indivíduos buscamos uma amostra heterogênea no sentido de contemplar uma variedade de categorias profissionais da área de saúde e não utilizamos como critérios de inclusão ou exclusão nenhuma variável que nos faça pretender e considerar que a população estudada seja diferente das demais.

Egberto Turato (2005) pontua que uma das características dos métodos qualitativos é que mesmo não sendo possível a generalização estatística dos resultados, é admissível uma generalização conceitual dos conhecimentos e pressupostos revistos e aplicados para compreender outros indivíduos ou ambientes constituídos pelas mesmas vivências. Além disso, as entrevistas conduzidas nestes padrões e com uma escuta em profundidade

permitem que o pesquisador fique bem próximo da essência da questão em estudo, permitindo reflexões que dificilmente seriam disponibilizadas por outros métodos.

Sendo assim, após aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa, busquei na internet a lista com os nomes dos residentes aprovados no último concurso. Com a listagem em mãos, iniciei minha busca aos residentes me apresentando nos diversos setores da instituição e no intervalo das aulas que reuniam a maioria deles. Ao encontrá-los, me apresentei, expliquei o motivo de minha abordagem e esclareci dúvidas sobre a pesquisa, inclusive como o caráter anônimo das respostas. Para aqueles que estiveram de acordo em participar da pesquisa, foram agendados data e local para realização da entrevista ou quando oportuno, iniciada a entrevista logo após minha apresentação e a leitura, esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nos casos em que não foi possível deixar o encontro marcado, solicitei os telefones e endereços eletrônicos dos residentes para agendar a entrevista posteriormente em um momento apropriado. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, mais precisamente em salas de aula, salas de reunião de equipe ou consultórios médicos desocupados que possibilitaram privacidade para o sujeito de pesquisa e a não interrupção das falas, não prejudicando o desencadeamento do pensamento. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos profissionais que tiverem interesse em conhecê-los.

6.2.1 A RESIDÊNCIA EM SAÚDE

Historicamente, a prática em saúde é adquirida por meio de um treinamento, num processo que associa o conhecimento teórico adquirido à experiência prática, pois é por essa vivência prática que se torna possível a aquisição da experiência clínica. A experiência clínica, por sua vez, confere ao médico ou a qualquer outro profissional de saúde um conhecimento que ainda não foi estruturado e verificado cientificamente, mas que pode, inclusive, se sobrepor a ele (REGO, 1994). Assim, somente pela experiência adquirida na prática é possível uma formação do profissional mais completa. (FEUERWERKER, 1998).

Nesse sentido, comumente se atribui duas funções à residência: a primeira de complementar o processo de graduação, considerando-se as deficiências sabidamente

reconhecidas; e a segunda relacionada a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho (FEUERWERKER, 1998). Contudo, é possível que a importância da residência no processo de formação dos profissionais seja ainda maior, uma vez que esse momento parece ter se convertido naquele que mais fortemente é capaz de determinar o perfil dos profissionais. A diversidade de experiências práticas e de obtenção de níveis crescentes de autonomia parece compor um estágio eficaz e imprescindível do treinamento profissional (FEUERWERKER, 1998).

A residência, como momento de treinamento profissional, também pode servir como uma oportunidade favorável à reorientação e reconstrução de novas práticas sanitárias (FEUERWERKER, 1998). Isso não quer dizer as estratégias de promoção de mudanças na graduação não sejam importantes, ao contrário, elas são fundamentais, o problema é que estas podem ser limitadas caso não sejam colocadas em prática (FEUERWERKER, 1998).

Assim, os programas de residências em saúde, cada vez mais presentes nas instituições de ensino, podem ser um forte estímulo gerador de mudanças positivas para a qualificação do modelo de assistência (AMORETTI, 2005). Nesse sentido, pensar a residência como parte do processo de formação dos profissionais pode ser um passo essencial para interferir de fato na produção de um cuidado mais resolutivo em termos de saúde.

6.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

A pesquisa qualitativa compreende múltiplos métodos de abordagem para tentar assegurar uma compreensão dos fenômenos em questão em profundidade, dentre os quais está a entrevista (TURATO, 2000). A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como os pensamentos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Diferente de outros instrumentos de pesquisa, na entrevista não se estabelece uma relação hierárquica entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, pelo contrário, há uma certa reciprocidade e uma relação de interação entre ambos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Também de acordo com Minayo e Sanches (1993) a fala dos entrevistados é “reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e reproduz

as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (p. 245).

Para realização da entrevista, primeiramente foram coletados dados gerais de identificação profissional como idade, profissão e outros relacionados a formação como escolaridade, tempo de formado e de exercício profissional. Em seguida, foram apresentados três dilemas morais hipotéticos, porém alguns bastante comuns na vida cotidiana. A partir da apresentação dos dilemas, foram realizadas várias interrogações aos participantes visando conhecer as justificativas, assim como as perspectivas sócio-morais que orientam suas decisões. Esse roteiro de perguntas seguiu o padrão usado por Kohlberg, embora aqui não estejamos pretendendo realizar a classificação dos indivíduos nos estágios, mas tão somente identificar os fundamentos de suas escolhas.

Perguntas como o que acham da atitude do personagem e o porquê, se as pessoas devem obedecer à lei em todas as circunstâncias, qual deveria ser a atitude do personagem diante da situação apresentada, dentre outras foram feitas a fim de conhecer a forma de pensar dos sujeitos entrevistados e as razões que fundamentam os argumentos apresentados.

A escolha pela apresentação de dilemas morais se deu porque o modo como os profissionais de saúde se posicionam frente aos dilemas tanto refletem a sua própria formação moral e vivência como pessoa quanto, por conseguinte, podem integrar as práticas de cuidado no contexto da unidade de saúde. Os dilemas apresentados foram do tipo fechados, isto é, que já possuem um desfecho para a situação de conflito apresentada. A opção por dilemas fechados foi uma escolha a fim de tentar evitar que os entrevistados se sentissem constrangidos frente ao questionamento do que eles fariam em tal situação, como no caso de dilemas abertos.

Todavia, após a realização de entrevistas piloto com quatro residentes com o objetivo de averiguar uma melhor formulação das perguntas e maior clareza e assegurar a realização da entrevista sem maiores dificuldades, excluimos um dos dilemas que também faria parte desta pesquisa, uma vez que todos os quatro entrevistados não tiveram a percepção de um problema moral. O dilema excluído foi o seguinte:

Dr. Pedro é médico cirurgião geral de um hospital situado em um grande centro urbano. Durante seu plantão na emergência foi admitido um paciente de 24 anos, Ricardo, trazido no carro de patrulhamento ostensivo da polícia. Ricardo havia sido baleado e seu

quadro clínico é grave e instável. Ele precisa ser submetido a um procedimento cirúrgico de urgência. Ao se aproximar do rapaz para prestar-lhe os primeiros socorros, Dr. Pedro reconhece Ricardo como o homem que havia lhe assaltado há aproximadamente um mês quando o pneu de seu carro havia furado no durante a volta do trabalho para sua casa. Dr. Pedro é o único cirurgião que está livre no momento, pois os outros encontram-se em procedimento. Ele acha que a sociedade é muito condescendente com os criminosos atualmente e que o cidadão tem o direito de se defender do crime. Ele não quer operar Ricardo, mas fica pensando nas obrigações que tem como médico. Ele pensa um pouco e acha que não é obrigado a atender um criminoso que o assaltou, decidindo por não operar Ricardo. Determina então que a equipe de enfermagem encaminhe o rapaz ao centro cirúrgico somente quando algum colega cirurgião estiver disponível e, enquanto isso, que coloque um “sorinho pra correr”.

Neste dilema não houve a percepção de uma questão moral pelos quatro entrevistados, uma vez que para eles o médico teria obrigação de atender o paciente tendo em vista o juramento feito por ele no momento de sua formação acadêmica, ou seja, seu compromisso em salvar vidas. A obrigação de salvar vidas seria absoluta, embora, isso, necessariamente, não seja o que ocorre na prática.

Sendo assim, o roteiro de entrevistas seguiu com três dilemas – o dilema de Heinz, o dilema do médico e o dilema do aborto. Estes dilemas éticos foram escolhidos, porque abordam questões morais emblemáticas, provocando-nos. Ademais, de acordo com Diniz (2006a), dentre diversos temas relacionados à ética, as situações de fim da vida são as que mais intensamente mobilizam posicionamentos da saúde pública.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico após autorização prévia por escrito dos sujeitos. Também foram anotadas, em um diário de campo, as impressões pessoais, conversas informais e observações de comportamentos para posterior utilização. A transcrição das falas e análise dos dados foi realizada o mais breve possível a fim de que nenhuma informação seja perdida.

6.4 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas em conjunto com as impressões do observador anotadas em um diário de campo. Para análise utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. Esta, ao compreender a linguagem como ferramenta expressiva do indivíduo, visa “obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores

(quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 48).

Para muitos autores esta técnica que trabalha com a materialidade linguística permite de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (CAREGNATO; MUTTI, 2006). De forma simples, esta análise, que tradicionalmente aplica-se a textos escritos produzidos em pesquisas, pelas transcrições de entrevista e dos protocolos de observação, pretende compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para isso a autora preconiza três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e o 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Desse modo, ela recomenda que logo após a transcrição das falas seja realizada uma pré-análise com base em uma “leitura flutuante”, que tem por objetivo estabelecer contato com os dados obtidos, deixando-se invadir por impressões e orientações; a “escolha dos documentos”, isto é, determinar o que será analisado; a “formulação das hipóteses e dos objetivos”; e então a “referenciação dos índices e elaboração de indicadores” por meio de recortes nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Já a segunda fase, de exploração do material, compreende um processo de definição de categorias (codificação) e categorização, de modo a apresentar os conteúdos pelos significados comuns apreendidos. A codificação compreende a atividade de classificar o material da pesquisa em unidades de registro, visando determinar núcleos de sentido capazes de serem categorizados e, posteriormente, analisados (BARDIN, 2011). Em sequência, tem-se o processo de categorização que é uma operação de classificação de elementos característicos de um conjunto por diferenciação, acompanhado do reagrupamento segundo conteúdos similares. Esta fase de exploração do material é uma etapa importante uma vez que pode possibilitar, ou não, a riqueza das interpretações e inferências (BARDIN, 2011).

Na terceira e última etapa tem-se a análise dos códigos identificados de forma reflexiva e crítica, a inferência de informações a partir destes, deduzidas de forma lógica do que foi disposto e, por fim, o reconhecimento de tais códigos como um enunciado descrito (BARDIN, 2011).

Neste estudo, todas essas etapas foram seguidas a fim de garantir resultados correspondentes e fidedignos às expressões e declarações dos entrevistados. Partindo da realidade explicitada pelas falas, foi possível conhecermos os valores centrais que norteiam as tomadas de decisão dos profissionais e reunirmos aqueles com características comuns. Para esta categorização e posterior conclusão do processo de análise dos dados, observamos qual modelo de argumentação com base nos estudos de Kohlberg predominava nas falas dos entrevistados, sem, contudo, nos restringirmos aos estágios descritos pelo autor. Em seguida, realizamos uma análise com base no referencial teórico que sustenta as informações coletadas na pesquisa.

A maioria das categorias encontradas tiveram correlação com os estágios de desenvolvimento moral descritos por Kohlberg, sendo a orientação para manutenção da ordem social (estágio 4) a mais contemplada no dilema de Heinz, enquanto a orientação pela punição e obediência (estágio 1) prevaleceu nos dilemas do médico e do aborto. Todavia quando os entrevistados apontaram que a moralidade de determinada ação deve estar de acordo consigo próprio, não foi possível distinguirmos por suas falas aqueles que possuem uma visão legalista contratual daqueles que compreendem que a ação moral deva estar voltada para consciência ou princípio como Kohlberg verificou.

Além destas, na categorização agrupamos algumas respostas dos entrevistados que não se relacionaram à perspectiva de Kohlberg. No dilema de Heinz, reunimos algumas justificativas relacionadas a perspectiva do cuidado. Já no dilema do médico observamos um recorte paternalista, sendo este considerado por nós uma categoria independente. No dilema do aborto verificamos como categorias, para além da visão de Kohlberg, a responsabilização moral sobre a atitude tomada, a qual podemos extrapolar para certa culpabilização do agente moral, e a compreensão da moralidade sobre um ponto de vista técnico.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos no Brasil, tendo sido inscrita na

Plataforma Brasil e aprovada pelo CEP/ENSP, instituição proponente, sob o número CAAE: 58693516.9.0000.5240 e pelo CEP da instituição coparticipante sob o número CAAE: 58693516.9.3001.5274.

Os participantes deste estudo foram informados sobre os objetivos do trabalho e seu caráter voluntário; sobre a garantia de seu anonimato, sigilo de suas informações pessoais e, quando de acordo, firmaram sua participação com a assinatura do TCLE (anexo). Todos os participantes foram informados da possibilidade de recusa em responder as questões. Acredita-se que a pesquisa não oferecesse riscos aos participantes, porém caso algum profissional se sentisse desconfortável em falar sobre o tema, ele poderia deixar de participar voluntariamente e em qualquer fase do estudo, se fosse de seu desejo.

Podemos considerar como benefícios dessa pesquisa a reflexão sobre como são tomadas as decisões e quais os fundamentos apresentados pelos profissionais diante dos dilemas, pois a existência ou não de uma reflexão crítica poderá influenciar diretamente e significativamente no cuidado ao indivíduo enfermo. Além disso, com essa pesquisa poderemos vislumbrar a implementação de espaços voltados para as discussões sobre dilemas morais, possibilitando um maior desenvolvimento moral dos indivíduos.

7 RESULTADOS

A instituição escolhida possui dois grandes programas de residência profissional: um médico e o outro multiprofissional. O primeiro inclui diversas especialidades médicas e o segundo diferentes profissões (enfermagem, farmácia, física médica, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social). Apesar desta diversidade, optamos nesta pesquisa por entrevistar apenas profissionais que prestam assistência direta ao paciente, conforme definimos nos critérios de inclusão, uma vez que eles são quem ficam à frente das decisões, influenciando diretamente no cuidado dos pacientes na instituição.

Dentre os 26 profissionais de saúde entrevistados, 5 eram médicos, 7 enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 5 nutricionistas, 2 assistentes sociais e 2 psicólogas. A idade dos entrevistados variou de 23 a 31 anos. Destes, 15 profissionais haviam se formado no ano anterior ao início da residência, 7 tinham até três anos e os outros 4 restantes haviam se formado entre 7 e 4 anos antes de iniciarem a residência. A maioria também não havia feito nenhuma pós graduação anteriormente, exceto os médicos, os quais já haviam passado por um curso de residência anteriormente, visto que essa era um pré-requisito para a nova formação. Antes da apresentação dos resultados e de sua análise e discussão, faremos algumas breves considerações.

Após apresentação dos dilemas e início dos questionamentos observamos que alguns profissionais ficaram não só surpresos como também se mostraram bastante confusos e indecisos diante dos dilemas apresentados. Porém, suas falas nem sempre conseguiram traduzir seu espanto e indecisão. Somente alguns deles conseguiram demonstrar e expressar em palavras essa reação, como exposto a seguir:

“Não sei...pode não saber? [...] Agora entrou em choque a minha cabeça.”(E6)

“Eu estou confuso(a).” (E12)

Sabemos que a indecisão frente a um dilema é algo comum e, mais que isso, que esta é uma de suas características fundamentais. Entretanto, diante das expressões e discursos dos entrevistados, podemos supor que tais profissionais tenham sido pouco

estimulados a pensar sobre questões que englobem uma dimensão moral. Isso corrobora com a concepção de que o atual processo de formação profissional em saúde endossa uma visão restrita, voltada prioritariamente ao conhecimento científico e técnico, sem se preocupar com a moralidade das práticas no exercício profissional.

Outros ainda não conseguiram se posicionar ao ser questionado sobre como ele avaliaria a atitude do protagonista da história.

“Nem certo nem errado. Se eu tivesse na mesma situação, eu diria que é certo. Se eu tivesse que julgá-lo a partir da forma como ele agiu é errado. Entendo pelas duas formas. Não consigo dizer se ele agiu certo ou errado, depende da perspectiva. Se eu tivesse que me posicionar imparcial, ele agiu errado. Mas eu entendo a situação dele e se eu tivesse naquela situação talvez fizesse a mesma coisa.” (E8)

Verificamos também certas contradições e incoerências em seus discursos. Como podemos perceber na fala a seguir:

Carolina tinha o dever de ter o bebê? “Não, porque o corpo é dela. Ela não tem obrigação de ter” Qual deveria ser a atitude de Carolina? “Seria ela ter a criança e dar para adoção.” (E19)

Tal exemplo equivale ao posicionamento de algumas pessoas que mesmo se posicionando pela defesa da liberdade e, conseqüentemente, da autonomia individual, são contrárias que caiba à mulher decidir sobre o aborto, por exemplo. Isso acontece sobretudo porque “no campo da moral, com raras exceções, as pessoas não se comportam com a coerência lógica comum aos tratados de filosofia moral” (DINIZ; ALMEIDA, 1998, p. 132).

Feitas tais considerações, continuaremos apresentando os resultados deste estudo. Vale lembrar que a categorização em modelos de argumentação se deu pelo ponto de vista predominante no discurso de cada um dos entrevistados. As falas sem o predomínio de um modelo – ou seja, aquelas em que houve menção a mais de um modelo de argumentação num mesmo dilema – não foram inseridas em nenhuma categoria específica. Por essa razão,

o somatório dos dados apresentados pode não corresponder ao conjunto total de participantes da pesquisa.

Dilema de Heinz

Como descrito anteriormente, o Dilema de Heinz foi um dos dilemas desenvolvidos e utilizados por Kohlberg em suas pesquisas para avaliação do desenvolvimento moral dos indivíduos. A questão moral deste dilema centra-se na pertinência, ou não, do roubo de um bem privado com o propósito de salvar uma vida. O pano de fundo da situação conflituosa compreende, portanto, **o valor da vida versus o valor da lei**, expressa pela proteção do direito a propriedade, como descrito a seguir:

Na Europa, uma mulher estava quase à morte, com um tipo específico de câncer. Havia um remédio que os médicos achavam que poderia salvá-la. O c era caro para se fazer e o farmacêutico estava cobrando dez vezes mais do que ele lhe custava na fabricação. O marido da mulher doente, Heinz, procurou todo mundo que ele conhecia para pedir dinheiro emprestado, mas só conseguiu aproximadamente 1000 dólares, a metade do preço do remédio. Ele disse ao farmacêutico que sua mulher estava morrendo e pediu lhe para vender o remédio mais barato ou deixá-lo pagar o restante depois. Mas o farmacêutico disse: “Não, eu descobri o remédio e vou ganhar muito dinheiro com ele. Então Heinz ficou desesperado e invadiu a farmácia para roubar o remédio para sua mulher.

Alguns dos entrevistados (N=3), entretanto, não admitiram essa situação de conflito em que se faz necessário priorizar uma ação moral a outra, isto é, não consideram a opção de alguém roubar para salvar uma vida, nem uma mulher morrer por não ter tido acesso a medicação. Para eles, Heinz deveria ter conversado mais com o farmacêutico, só assim eles encontrariam uma forma razoável de resolver a questão. Essa perspectiva não expressa que os indivíduos não tenham percebido a questão moral, mas que consideram inaceitável que se tenha que fazer uma opção entre a propriedade e a vida.

Qual deveria ser a atitude de Heinz? *“Tentar apelar para outras formas, a forma emocional. Tentar atingir aquela pessoa de maneira emocional.”*
(E11)

Ele tinha o dever de roubar a droga? “*Não. Ele deveria tentar de todas as formas possíveis persuadir a pessoa [o farmacêutico].*” Qual deveria ser a atitude de Heinz? “*Insistir de todas as maneiras.*” (E1)

Ele tinha o dever de roubar a droga? “*Ele tinha o dever de tentar resolver essa situação da melhor maneira possível*” Qual deveria ser a atitude de Heinz? “*Eu tentaria conversar mais com o farmacêutico. Levar minha mulher lá. Tentar comover essa pessoa de alguma forma.*” (E9)

Entendemos que esses indivíduos negaram a possibilidade de um ganhar e o outro perder. Ao invés disso, consideraram que os personagens deveriam entrar em um entendimento, acreditando que a discussão e o diálogo entre ambos deveria prevalecer de modo a solucionar a questão. Logo, eles apostaram no relacionamento como elemento primário e não na consideração do individual para dirimir tal situação, negando que a solução para interesses conflitantes tenha que se dar com alguém perdendo e alguém vencendo a disputa, ou seja, aceitando que os valores que amparam as diferentes posições são igualmente válidos e rejeitando a concepção de ter que realizar um escolha a favor de um e em detrimento dos interesses do outro.

Essa visão da moralidade está em conformidade com aquela que foi proposta por Gilligan (1982) em que o problema moral surge de responsabilidades conflitantes e não do conflito de direitos, exigindo um modo de pensar que seja contextual e narrativo ao invés de formal e abstrato. Concebe o desenvolvimento moral pelo ponto de vista da responsabilidade e das relações, ou seja, por uma perspectiva de cuidado, assim como seu entendimento como equidade o que a vincula à apreensão de direitos e regras relacionada, portanto, à justiça. Para Gilligan, a ênfase se dá na conexão, uma teia de relacionamentos mantida por um processo de comunicação, e não na separação. Assim, considera que sempre é possível entrar num consenso para solucionar um dilema, de modo que todos fiquem satisfeitos. Quando isso não ocorre é devido a falta ou insuficiência do diálogo.

Todavia, os demais profissionais (N=21) julgaram a narrativa a partir dos direitos individuais e do respeito aos direitos dos outros, isto é, de uma perspectiva de justiça, cujo ideal é o alcance da reciprocidade e do igual respeito. Ao assumirem esse ponto de vista, poucos foram aqueles que apresentaram modelos de argumentação em que o valor moral de determinada ação estivesse de acordo com sua consciência própria, como veremos adiante.

Ao considerarem que o correto é aquilo que a "autoridade" (ou quem a personifique) assegurou ser, três profissionais julgaram o conflito moral sem levar em conta as intenções ou uma situação especial de necessidade ou merecimento. Desse modo, suas justificativas a respeito do comportamento do personagem estiveram voltadas para a obediência estrita às normas.

O que você acha da atitude de Heinz? *“Errada, porque o roubo é ilegal, vai trazer consequências pra ele. Ele pode ser preso. Ele poderia tentar resolver por outros meios, mas não dessa forma.”* Como você avalia a atitude de Heinz do ponto de vista moral? *“É errado. Devido já ter a lei que o roubo é ilegal, isso acaba sendo ilegal.”* (E2)

Você considera certo ou errado roubar a droga? *“É errado. Você não tem permissão para pegar. [...] É ilegal, é imoral. A lei é feita para você cumprir.”* (E21)

As pessoas devem fazer tudo o que podem para salvar uma vida? *“Sim, primeiro porque eu me baseio na religião. Eu acredito que Cristo morreu na cruz por todos nós. Ele pegou nossos pecados e na cruz ele sofreu.”* (E24)

A partir dessas falas observa-se que o modelo de argumentação utilizado pelos residentes entrevistados compreende o dever da obediência à autoridade por ela mesma e, na primeira fala, o agir de modo a evitar a punição. O valor moral encontra-se, portanto, na observância literal às determinações externas ao sujeito, ou seja, a moralidade é compreendida como uma regra ou norma externa ao indivíduo, a qual não admite exceção (KOLHBERG, 1984).

Argumentos limitados a uma perspectiva individualista e de intercâmbio e reciprocidade também estiveram presentes nas falas dos profissionais (N=5), uma vez que eles julgaram a ação em termos de prazer, da satisfação de interesses e necessidades pessoais, assim como valorizaram acordos e compromissos mútuos.

Heinz deveria ter roubado a droga? *“Não, ele poderia ser passivo. A culpa não é dele”.* (E3)

É importante fazer de tudo para salvar uma vida? *“Sim, porque se a gente pensar no que a gente gostaria que fizessem pela gente... Se a gente tivesse nessa situação de doença, que as pessoas fizessem de tudo.”* (E12)

Heinz deveria roubar a droga para esposa dele? *“Depende do que essa mulher significava pra ele. Se foi alguém que fez tudo pra ele a vida inteira, aí ele teria obrigação de salvá-la e roubar. Vai depender do que ela significa pra ele.”* (E17)

Tais justificativas apresentam-se de forma nitidamente egoístas ao contemplarem desejos próprios e uma troca igual entre as partes. A igualdade e a reciprocidade neste modelo de raciocínio emergem como “olho por olho, dente por dente” ou ainda como “uma mão lava a outra”. A moralidade torna-se relativa, dado que o agir moral passa a ser visto como um meio para satisfação do prazer pessoal (KOLHBERG, 1984).

Todavia, boa parte dos entrevistados (N=7) baseou suas justificativas no respeito às regras para manutenção da ordem social. Para eles o cumprimento estrito às normas é necessário para manter a paz e o funcionamento da sociedade. Abaixo apresentamos algumas respostas frente ao dilema de Heinz.

Você considera certo ou errado roubar a droga? *“É errado. Essa situação não muda o fato de ser errado, porque ele está violando o estabelecimento, pegando algo que não é dele. E não vai deixar de ser errado porque a esposa dele está morrendo. O problema de cometer um crime é que você está violando as regras e você vive em sociedade. Numa comunidade você tem que respeitar o espaço do outro.”* (E19)

“Se eu fosse o(a) juiz(a), eu acharia errado. Porque tem uma legislação que a gente precisa seguir porque a gente vive numa sociedade. Se a gente não seguir as leis, a gente vai viver numa selva. Tem que ter leis pra sociedade funcionar.” (E26)

Em geral, as pessoas devem fazer tudo o que podem para obedecer a lei? *“Eu acho que sim, porque só dá certo a gente viver em sociedade, se a gente cumprir as regras.”* (E7)

“[...] Você não deve descumprir. Você abre mão de algumas possibilidades para que se possa viver num clima que não seja de uma barbárie.” (E10)

“Eu acho que sim, porque as leis foram feitas pra serem seguidas. Eu acho que a gente tem que tentar seguir as leis para o mundo não virar de ponta cabeça. Se todo mundo fizer o que quer, vira uma bagunça, mais do que já é mesmo com tantas leis.” (E22)

Nestes padrões de justificativas o indivíduo faz uma diferenciação entre o ponto de vista da sociedade e dos acordos ou motivos interpessoais e assume o ponto de vista do sistema, o qual estabelece os papéis e as regras. Considera aspectos individuais, porém sempre como parte do sistema. A razão para agir desta forma é fundamentalmente evitar o colapso do sistema (KOLHBERG, 1984).

Logo, é correto cumprir com os deveres acordados e também contribuir com o grupo, instituição e sociedade. As leis serão mantidas, exceto em casos extremos, em que forem conflitantes com outros deveres fixados previamente (KOLHBERG, 1984). Embora desejar a manutenção da ordem com vistas a paz, a justiça e a democracia seja um pensamento em direção à autonomia moral, uma vez que a obediência e respeito às leis se sobrepõem aos direitos civis, esse ainda continua sendo um juízo heterônomo.

Vale ressaltar que o imperativo de consciência perante as obrigações e regras pactuadas pode existir sob duas formas, de acordo com o que o indivíduo considerar que foi pactuado pelos membros da sociedade da qual faz parte. Assim uma ação pode ser justificada tanto pela obediência à lei de não roubar, como também pelo dever de salvar a vida de alguém a beira da morte. Nesse caso, a forma de argumentação seria a mesma, mas com observação e valorização de conteúdos distintos.

Dentre os indivíduos que admitiram um sistema de regras e leis legítimas, em que qualquer afastamento e/ou desconsideração das normas é capaz de gerar ao caos social, alguns (N=4) consideraram que o comportamento de Heinz, apesar de errado, seria justificável pela situação que lhe foi apresentada. Contudo, eles deram a ênfase ao caráter de exceção de tal prática.

Como você avalia a atitude de Heinz do ponto de vista moral? *“Errado sim, mas naquela situação justificável, compreensível. [...] Naquela situação em que os fins justificam os meios.”* (E8)

“ É errado, mas é justificável. Foi um ato de desespero diante do farmacêutico que queria um lucro excessivo sobre a medicação, que ele já teria um lucro considerável [...]. Às vezes existem algumas situações em que você tem que ser subversivo (a), mas eu nunca cheguei nisso. Eu tento ser o(a) mais correto(a). Se você aceita viver nessa sociedade, você tem que viver sobre as regras dela.” (E10)

Heinz deveria roubar a medicação para sua esposa? *“Sim. Entre salvar a esposa e roubar a droga, ele deveria roubar. [...] Existe a lei que roubar é errado, mas teria que ver porque ele está roubando. Pelo desespero. É sua mulher que está morrendo. Eu acho que tem que ter uma brecha pra isso.”* Em geral, as pessoas devem fazer tudo o que podem para obedecer a lei? *“Depende da lei e da situação. Não acho que as pessoas tenham que fazer de tudo para obedecer a lei. Esse nosso sistema é muito falho.”*(E20)

Neste dilema, apenas um residente conseguiu vislumbrar uma perspectiva realmente autônoma. Sob esta ótica, ele ponderou que a consciência do indivíduo é que deve ditar seu comportamento, independente das sanções, regras e leis existentes na sociedade.

Em geral, as pessoas devem fazer tudo o que podem para obedecer a lei? *“Sim, para não sofrer as consequências de descumprir a lei na nossa sociedade. Mas se a pessoa sabe quais são as consequências e mesmo assim ela vai se sentir melhor fazendo, vai de acordo com a consciência dela. Às vezes vale a pena ficar preso ou pagar uma multa financeira, mas ter consciência que você fez o máximo pra ajudar aquela pessoa.”*(E13)

Nesta fala podemos perceber que o entrevistado reconhece os aspectos legal e moral como distintos um do outro, e que por vezes entram em conflito. Ele compreende a necessidade de regras sociais, porém numa situação de divergência entre ambos pontos de vista julga que as tomadas de decisão devem estar pautadas na consciência individual e não numa regra geral. De outro modo, para ele a existência de uma lei não deve ser suficiente para determinar como uma pessoa deve se comportar.

Defender algum valor como um valor em si mesmo, acima das circunstâncias de qualquer legislação ou situação, caracteriza uma moralidade autônoma. Essa visão faz com que leis e acordos sociais previamente determinados só sejam realmente válidos se, após uma reflexão, forem coincidentes com os próprios princípios do sujeito (KOLHBERG, 1984).

O dilema do médico

Este compreende a situação em que uma paciente sem chances de cura e com sobrevida limitada pede a seu médico que ele lhe dê uma medicação que a faça morrer, havendo, portanto, um conflito entre a **autonomia/qualidade de vida versus sacralidade da vida**. Este dilema foi criado por Georg Lind e faz parte de um teste elaborado por ele para avaliação da competência moral dos indivíduos, o *Moral Competence Test* (MCT), sendo este o motivo pelo qual optamos por não divulgar seu texto.

Neste dilema percebemos que a base do julgamento moral da maioria dos profissionais entrevistados esteve ancorada em disposições externas, identificadas e internalizadas por eles; no desempenho de bons papéis e satisfação das expectativas da coletividade; e ainda na manutenção da ordem social.

A maior parte dos residentes (N=10) julgou que a ideia de provocar a morte de uma pessoa, mesmo que a pedido dela própria, é moralmente condenável tendo por base um poder superior ou uma ordem, a qual deve ser seguida a fim de evitar problemas. Em outras palavras, seus modelos de argumentação estiveram baseados no interesse de fugir das situações de punição e na busca pelo bem-estar, sendo que por vezes a autoridade referida foi não só a legal/deontológica, como também a religiosa.

O médico deveria ter dado a medicação para a paciente? *“Eu não faria porque aqui não é permitido... por causa do ferro que vem depois. Você pode ser punido depois. Você não pode ter atitudes isoladas. Tem que ver o que a instituição prega.”* (E17)

“Pra controlar a dor sim, mas com o objetivo de matar não, porque isso é contra a lei juridicamente [...] ele corre o risco de perder a profissão dele, de ser preso... dependendo da legislação de cada lugar.” (E26)

A paciente tinha esse direito? “ [...] *Eu acredito, pela espiritualidade, que a gente vai sofrer as consequências pelo que a gente fez aqui na Terra. [...]. Eu acredito muito na espiritualidade. Eu acho que quem comete o suicídio não fica com sua alma em paz. A gente tem que ter o livre arbítrio, mas uma hora a gente vai sofrer as consequências.* ” (E16)

Nessas falas é possível perceber que a autoridade é um valor em si mesmo, o qual determina a percepção e o julgamento do conflito moral. “A ordem sociomoral é definida em termos de status de poder e de possessões ao invés de o ser em termos de igualdade e reciprocidade” (KOLHBERG, 1971, p. 164), sendo ignorados, portanto, quaisquer motivos e consequências de determinada atitude.

Para outros profissionais (N=2) o valor moral da ação do médico esteve centrado no desempenho de papéis bons e corretos e na satisfação das expectativas de terceiros. Abaixo estão algumas falas de indivíduos que consideram que atitudes moralmente corretas são aquelas que estão em consonância com imagens estereotipadas do comportamento natural ou da maioria das pessoas.

Como você avalia a atitude do médico do ponto de vista moral? “*É um problema profissional e ele está ali como profissional. Ele não está sendo ético de acordo com a profissão dele.*” (E11)

Ele deveria ter dado a medicação para a paciente? “*Pra morrer não. Ele deveria aliviar o sofrimento. Ele fez com a intenção de matar ela, isso eu não concordo. [...] O papel do profissional é dar e fazer o máximo para dar uma morte tranquila, sem dor, com a família por perto, mas não adiantar. E nesse caso ele não deu conforto, ele adiantou a morte dela.*”. (E20)

Estas respostas se identificam com um modelo de moralidade voltado para o conformismo e a aceitação estereotipada do "bom" comportamento. Diante deste dilema os indivíduos colocam que a função de um bom médico deveria ser de salvar vidas e não de provocar a morte como fez o personagem.

Diferentemente do dilema de Heinz, a manutenção da ordem social também foi utilizada como justificativa para amparar o ponto de vista de somente um dos entrevistados quanto a atitude do médico. Em sua fala é possível perceber que ele apresenta um raciocínio moral dirigido à estrutura social, compreendendo que o conjunto de normas e códigos deve ser aplicado a todos com o propósito de assegurar um convívio harmônico.

O que você acha da atitude do médico? *“O que ele fez foi errado. Se a legislação não deu respaldo pra ele fazer isso, foi errado. [...] por mais que ela tivesse em sofrimento, ele não poderia ter feito isso. O que ele fez dá margem pra outras pessoas, margem para acontecer algo onde não seria o caso.”* (E19)

Argumentações autônomas ou em direção a autonomia frente a essa situação estiveram presentes no discurso de seis profissionais. Um dos entrevistados, inclusive já referenciado anteriormente no dilema de Heinz, reiterou seu raciocínio anterior, enquanto outros aventaram uma reflexão crítica acerca da situação. Ao considerarem essa reflexão, eles reconhecem que princípios morais da consciência individual devem servir de base para as ações.

Todavia, eles não deixam claro sob que ótica faz essa consideração. Se pela perspectiva de uma consciência racional individual de valores e direitos prioritários em relação às vinculações, contratos sociais e afins, ou se a perspectiva adotada é a de qualquer indivíduo racional que reconhece a natureza da moralidade ou o fato de que as pessoas são fins em si mesmas e como tais devem ser tratadas.

Como você avalia a atitude do médico do ponto de vista moral? *“Pela construção social e legal é errado, mas há roubos e roubos, furtos e furtos, cada um vai ater um motivo diferente. Vai ter gente que vai roubar por ser extremamente necessário. Um pão para alimentar um filho. Será que a consciência dessa pessoa vai ficar suja? É meio aquela história de que os fins justificam os meios.”* (E25)

Em geral, as pessoas devem fazer tudo o que podem para obedecer a lei?

“É uma balança e você tem que saber equilibrar. Vale a pena você pesar tudo o que você fizer. Tudo bem a lei dizer isso, mas, poxa, a pessoa está sofrendo, está se desgastando...você vai pesar isso.” (E6)

“...se você já sabe as consequências, você tem que decidir se vale a pena ou não. Pro médico se alguém descobrisse essa situação talvez ele recebesse algum tipo de punição... a consciência não vai depender do que está na lei, escrito... às vezes a gente fica preso pelas nossas culpas.” (E13)

“As pessoas devem fazer de tudo, mas nem sempre é possível. Quando não for possível, ter uma boa justificativa pra isso.” (E22)

Indivíduos que valorizam as tomadas de decisão baseadas na consciência conseguem visualizar a possibilidade de atuar com autonomia frente às regras e tendem a julgar sua própria responsabilidade numa situação moral. Nesse caso, podem aceitar tais regras pelos princípios que as regem e não por serem determinações, convenções, ficando mais sujeitos ao comportamento justo, democrático e de respeito ao outro.

Outros tipos de resposta (N=2), não relacionadas aos estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg, apresentaram argumentos em nome da beneficência e não maleficência, contudo, voltado para aquilo que o profissional considera que seja e não o que o próprio paciente manifesta.

Em geral, as pessoas devem fazer tudo o que podem para obedecer a lei?
“Depende do tudo. Nesse caso você estava matando, eu acho que não deveria fazer. Se você coloca a vida da pessoa em risco, fazendo algo que é um malefício, você não deve fazer. Mas se fosse pra ajudar, salvar, eu acho que deve fazer.” (E14)

A fala seguinte também demonstra uma postura paternalista, em que o correto a se fazer é aquilo que está de acordo com o que a própria pessoa julga que seja.

“Na minha opinião, sendo muito sincero (a), a gente não tem que fazer as coisas que o paciente quer, a gente tem que fazer o que é necessário para ajudá-lo.” (E16)

Esse entrevistado posiciona-se a favor da restrição da autonomia do paciente, em prol do que ele, profissional de saúde, julga como benefício. Não obstante, seria muita pretensão nossa pensarmos que conhecemos melhor a pessoa, cuja vida está em questão, do que ela própria, sendo ela plenamente capaz de expressar seus desejos e se autodeterminar.

Dilema do aborto

Já a história com o dilema do aborto apresenta uma situação em que uma jovem recém aprovada para um curso universitário descobre que está grávida do ex-namorado e precisa decidir entre largar os estudos para trabalhar e sustentar o filho, já que o pai da criança não vai arcar com parte da responsabilidade, ou interromper a gestação. Este dilema que compreende, tanto, **direito do nascituro/ sacralidade da vida versus autonomia da**

mulher, foi elaborado pela autora desta tese juntamente com seu orientador, conforme descrição abaixo:

Carolina tem 18 anos, mora com a mãe e mais três irmãs menores em uma comunidade da baixada fluminense. Seu pai foi morto pelo tráfico e desde então sua mãe se desdobra entre três empregos para sustentar os quatro filhos. Carolina, sendo a filha mais velha, sempre esteve preocupada em dar bons exemplos às irmãs. Era uma menina de comportamento exemplar e muito estudiosa, tinha inclusive acabado de receber a notícia de que havia sido aprovada no vestibular para medicina de uma universidade pública. Seu sonho era se tornar médica para ajudar as pessoas e também ajudar a sua família a viver em melhores condições. Uma noite Carolina foi a uma festa e lá reencontrou seu ex-namorado. Os dois acabaram passando a noite juntos. Algumas semanas depois, Carolina, que já havia iniciado as aulas na faculdade em período integral, começou a sentir enjoos e muito sono. Carolina estava grávida de 4 semanas. O pai da criança se recusou a assumir o filho e desapareceu. A mãe de Carolina não poderia arcar com as despesas, nem ajudar a cuidar de um bebê. Carolina, caso quisesse ter o bebê, teria que abandonar a faculdade para procurar um emprego. Após dias de reflexão, Carolina procurou uma clínica clandestina, de condições precárias de higiene, mas que realizava os procedimentos pelo menor valor, e interrompeu a gravidez voluntariamente.

Neste conflito, os modelos de argumentação correspondentes aos estágios do desenvolvimento moral de Kohlberg por vezes não estiveram tão claros, porém é possível afirmar que assim como aqueles encontrados anteriormente, estes foram essencialmente heterônomos., uma vez que mais da metade dos profissionais de saúde (E=15) julgou que o aborto é moralmente reprovável a partir de uma autoridade superior ou externa ao indivíduo, sendo esta quase que exclusivamente religiosa. Alguns relataram a necessidade de acato a autoridade divina a fim de evitar a punição, outros, no entanto, não apontaram o castigo de forma explícita.

O que você acha da atitude de Carolina? *“Eu sou totalmente contra porque a religião pesa muito. Eu sou espírita e acredito que tem toda uma preparação para alguém encarnar [...] e isso pode gerar uma mágoa gigante em quem esperava nascer e levar a pessoa a sofrimentos futuros. [...] Se você pensar, de forma geral é uma atitude egoísta. Ela poderia abrir mão do sonho dela, trabalhar e ter o bebê. Mas aí ela pensou no maior sonho dela: a faculdade. Pensou que não conseguiria conciliar, mas moralmente não é correto.” (E13)*

“Errado. Tudo que a gente faz tem uma consequência. Então, ela pensasse antes de agir. A gente tem que pensar, raciocinar sobre os nossos atos. É a mesma coisa que eu pegar uma arma e matar uma pessoa, eu vou sofrer as consequências. A consequência pra ela pode ser que ela não possa ter mais filho, ela querer ser

mãe e não poder.” Como você avalia do ponto de vista moral? “Errado, muito errado. Ela deveria ter pensado nisso antes, ela poderia ter previsto isso. Ninguém tem o direito sobre a vida do outro. Eu acredito muito em Deus.” (E16)

“Eu não concordo com o aborto. Eu concordo em muito poucas situações. Eu acho que não foi estupro, não foi forçado, ela sabe dos métodos contraceptivos, ela transou. Então você vai fazendo escolhas e toda escolha tem uma consequência. [...] pra mim ali já é uma vida. Eu não concordo da gente tirar a vida das pessoas.[...] eu mando no meu corpo, mas não no corpo do bebê. Eu sou católico (a) e isso pesa. Minha irmã é (profissional de saúde), ela sabe com quantas semanas a vida começa, mas é esse poder que se dá aos homens que me angustia. Esse poder é de Deus. Não é a gente que diz que o feto tem vida.” (E20)

Carolina deveria ter o bebê? “Sim, porque ela fez o filho! Ela não foi estuprada, não tinha risco de vida, o bebê não tinha problema... Deus quis, Querida! É seu! Abraça! Tem coisas na vida que só se explicam depois. Como você avalia do ponto de vista moral? “Está errado porque ela está tirando a vida e como eu disse antes: Deus dá, Deus tira. Ele é o dono da vida. Eu estou indo contra ele. No caso seria pecado e no céu não entrarão os homicidas.” (E24)

Vale notar que entrevistados que anteriormente haviam se manifestado em defesa de que as decisões deveriam ser tomadas a partir de uma perspectiva autônoma, diante deste conflito mostraram-se atenciosos e obedientes a uma autoridade externa. Um deles (E13), que nos dois primeiros dilemas havia justificado sua posição com argumentos tidos como pós-convencionais segundo Kohlberg, considerou a decisão do aborto moralmente incorreta, apresentando pressupostos voltados para obediência e a fim de evitar o castigo, além de julgar como egoísta a atitude da personagem.

Por vezes os entrevistados não apontaram a religião ou a autoridade religiosa de forma nítida, mas por suas palavras é possível fazer essa inferência.

O que você acha da atitude de Carolina? “Eu não consigo achar correto nessa situação. [...] É uma vida que veio sem pedir e está ali. Foi entregue a alguém para dar início e continuidade a essa vida. É privar um ser de viver o que lhe foi programado, porque eu acredito que foi programado. [Mesmo se ela engravidou sem querer?] Ai a programação é muito maior! Ela tem que ser mãe. Às vezes tem situações que são provas na vida da gente.” (E18)

Ainda sob a crença de que a vida é um dom divino e que, portanto, não lhes pertence, alguns desses entrevistados consideraram o aborto uma atitude condenável em

qualquer situação. Essa fundamentação heterônoma a partir de uma entidade metafísica faz com que tais pessoas assumam uma postura radical e inflexível que coloca em risco a própria vida da mulher, como podemos ver a seguir.

O que você acha da atitude de Carolina? *“Errada, é uma vida que ela tirou. Por mais que tivesse dentro dela, não era uma decisão dela. É uma criança. Por mais que você não veja, é uma vida pra mim, não há distinção. Deveria ter o bebê? Eu acho que a gente tem que arcar com nossas responsabilidades. Ela teve relação sexual, ela sabia dos riscos que ela corria e sabendo, se ela não teve, não tomou as devidas precauções, ela tem obrigação. Porque Deus tem os planos dele. E mesmo que ela tenha usado métodos contraceptivos, é pra ela ter. Todas devem ter o filho, independente de qualquer situação, seja ela estupro, anencefalia, mesmo que ela tivesse correndo risco de vida.”* (E14)

Existe alguma obrigação da mulher em ter o filho quando ela não deseja? *“Tem obrigação, é uma vida. E isso é fundamentado no que eu acredito. É uma alma ali, é um dom de Deus que não deve ser tirado. [...] pra mim em nenhum caso pode.”* (E23)

Outro aspecto visto nas respostas (N=5) e também com frequência em pesquisas sobre o tema é que, em geral, os argumentos contrários ao aborto colocam que os indivíduos deveriam assumir a responsabilidade por seus atos. Em outras palavras, se houve sexo consensual, a obrigação de arcar com o filho deve ser óbvia, sendo o aborto encarado como meio de fuga desse compromisso.

Por essa visão, os entrevistados se afastam do respeito à autonomia reprodutiva das mulheres dentro de um estado laico, reiterando uma ordem sexual conservadora, de restrições a liberdade de ser, pensar e escolher e reforçando uma política de controle social dos corpos. Não é à toa que a maioria das pessoas se mostra favorável ao aborto nos casos em que não envolve o debate acerca da liberdade sexual, como no estupro e quando há risco de morte da mãe.

O que você acha da atitude de Carolina? *“Ela chegou a se preservar? Usar preservativo? Ela deveria ter usado preservativo. Ainda mais ela que vai fazer medicina. Ela tem que ter responsabilidade, né?”* (E4)

Acho que ela não tinha o direito de tirar a vida de uma criança, no caso, o filho dela. Eu não concordo. [...] Ela fez a criança sabendo das consequências. É a consequência de uma atitude dela. Então você acha que ela tinha obrigação em ter o filho? “Tinha, lógico que ela tinha. Ela fez! Eu acho que tem métodos

contraceptivos. Ou então, põe para adoção. Tem tanta gente querendo... mas você não tem o direito de tirar.” (E21)

Em sua opinião, qual deveria ter sido a atitude de Carolina? *“Se preservado.” (E12)*

“Usado preservativo.” (E25)

“Inicialmente ela teria que ter se prevenido.” (E26)

Alguns profissionais (N=3) apresentaram um argumento com fundamento biológico para justificar suas respostas diante de um impasse moral, colocando em questão o estágio de formação do embrião ou feto, sobretudo em relação ao sistema nervoso central.

O que você acha da atitude de Carolina? *“Eu aceito que ela faça isso. Apesar de ser contra a lei, eu não acho que isso seja um crime. Moralmente eu não acho condenável. Eu não faria, mas se ela optou por isso... Eu só acho chato depois que o SNC se forma, então tem essa idade limite. Se o bebê sente dor, tem coraçãozinho, aí eu acho o fim. [...] Se ela já deixou passar as semanas limites, eu acho meio complicado, porque já tem SNC formado. Aí vai ter que ter. É uma vida com potencial imenso.” (E10)*

Ela deveria ter o bebê? *“Se ela descobrir logo no início, não haveria problema em tirar. Mas se deixasse a criança se desenvolver, ela deveria arcar com as consequências e criar o filho. No início não vejo problema.” (E2)*

“Não, porque o corpo é dela. Ela não tem obrigação de ter. Numa gestação avançada eu pensaria na questão do direito à vida, uma vez que a criança já está formada, porque aí já é o espaço do outro. [...] o corpo é dela. Aquela formação inicial de células está acontecendo dentro do corpo dela, aí ela decide.” (E19)

Essas falas acima, apesar de contemplarem a autonomia da mulher, sugerem que o aborto quando realizado precocemente não traria uma questão moral. Pelo sistema nervoso central relacionar-se à capacidade de sentir dor, a justificativa para permitir a interrupção da gravidez seria que o procedimento fosse realizado antes que esse sistema tivesse se desenvolvido. O posicionamento pessoal por um olhar técnico, contudo, não abarca a dimensão moral da discussão.

Esse entrevistado traz também o argumento da vida em potencial e o valora, provavelmente pela tendência de se pensar no feto como um “bebê que vai nascer”, sendo a única diferença entre eles uma questão de tempo, apenas. Contudo, ele não destaca que este

potencial encontra-se atrelado ao compromisso e a decisão da mulher que mantém a gestação.

Neste dilema, apesar de alguns entrevistados pontuarem a autonomia da mulher, poucos (N=2) foram aqueles que de fato utilizaram-se de argumentos autônomos para defender sua posição. Eles também não expressaram se sua justificação se dá pelo imperativo de manter acordos sociais que protegem os direitos individuais e que servem para o bem comum ou por acreditar e valorizar certos princípios morais universais, estando este acima de qualquer lei firmada.

A mulher tem obrigação de ter o filho quando não deseja? “Eu acho que não. A mulher tem que escolher se ela vai querer ter o filho ou não. E isso não torna a banalização do sexo. [...] Eu acho que se a mulher não tem condições, se não era o momento que ela podia ter e não está preparada, eu acho que não tinha que ter não. [...] Eu não acho que seja imoral.” (E22)

8 DISCUSSÃO

A busca por uma moral mais adequada ao próprio tempo e, portanto, mais justa, implica na revisão dos valores e princípios a fim de reconhecer aqueles que devem ser desconsiderados e os que devem ser mantidos e apreciados. Esse processo compreende a superação de moralidades que não encontram mais lugar nas relações sociais de determinada época e a incorporação de novos valores e virtudes morais (VÁZQUEZ, 1999).

O desenvolvimento moral dos sujeitos articula-se com o amadurecimento de sua consciência e liberdade sobre as tomadas de decisão e ações e, por conseguinte, pelo seu maior grau de responsabilidade frente a essas. Nesse sentido, é importante discutir os fundamentos e modelos de argumentação moral diante de situações de conflito, tecendo considerações sobre um processo educacional capaz de favorecer a formação de indivíduos críticos e a autônomos.

No dilema de Heinz podemos dizer que subjaz a noção de justiça, uma vez que o que está em jogo é a colisão entre dois direitos fundamentais: o direito à propriedade (do farmacêutico/inventor) e o direito à vida e à saúde (da esposa de Heinz).

Vale considerar que, no âmbito social, a colisão do direito à propriedade e do direito à saúde e à vida é uma questão já explorada em nosso país. Segundo as normas constitucionais brasileiras, o direito à saúde é direito social que não possui condicionantes, diferentemente do direito de propriedade. Ele implica, em última análise, a garantia do direito à vida, pressuposto para o exercício de qualquer outro direito, inclusive o de acesso à medicação. Há, inclusive, um mecanismo legal denominado licença compulsória para dirimir conflitos dessa natureza, mesmo que de caráter excepcional (BASSO et al., 2007; FLORES; LIMA, 2011). Assim, embora reconhecido e garantido constitucionalmente (artigo 5º, XXIX), o direito a patente, visando o retorno do investimento gasto com pesquisa e estímulo à inovação pode ser mitigado quando diante de situações emergenciais relativas ao direito à vida e à saúde de grande interesse público (BASSO et al., 2007; FLORES; LIMA, 2011).

Logo, no ordenamento jurídico brasileiro a proteção à propriedade – industrial e intelectual – figura entre os direitos individuais e deve atender aos seguintes objetivos: (1) visar ao interesse social do país; (2) favorecer o desenvolvimento tecnológico e (3) econômico do país. De outro modo, há subordinação da propriedade ao atendimento de sua função social, de maneira que essa função não seja um princípio limitado da propriedade, mas sim seu verdadeiro fundamento jurídico (BASSO et al., 2007; FLORES; LIMA, 2011).

Todavia, na narrativa do roubo de um recurso privado com o propósito de salvar uma vida, a maioria dos residentes entrevistados, ao perceberem um conflito moral, decidiram pelo direito à propriedade do farmacêutico, deixando em segundo plano o compromisso com a vida do indivíduo enfermo. Apesar da ação moral em si não ter sido o foco dessa pesquisa, essa consideração se faz relevante tendo em vista os pressupostos da função profissional atribuída aos entrevistados, ou seja, seu papel na promoção, recuperação e proteção à saúde dos indivíduos.

Uma hipótese para que os profissionais entrevistados tenham valorizado a propriedade à vida pode estar relacionada a uma substituição ou sobreposição de valores individualistas aos humanistas. Segundo Zygmunt Bauman (2001) a pós-modernidade, influenciada sobretudo pelo desenvolvimento científico e tecnológico, destacando, dentre outras transformações, a globalização, colocou em xeque certezas, padrões e tradições construídas e solidificadas, adquirindo uma característica “fluida”, denominada pelo autor de *Modernidade Líquida*.

O ritmo mais acelerado impresso ao cotidiano, somado às incertezas e ao excesso de informações produziram profundas mudanças nas relações humanas e dessas com o mundo. No mundo contemporâneo, o fracasso na produção de certezas acarretou o rompimento da aliança entre o poder (pelo conhecimento) e Estado (política) (Bauman, 2007a). Isso porque, a função do primeiro em fornecer subsídios e valores foi questionada e não mais legitimou as ações do segundo.

Essa cisão entre poder e política também encorajou o Estado – até então provedor de estabilidade e segurança – a se desinvestir das funções sociais que antes era chamado a assumir. As funções deixadas de lado foram apropriadas pelas forças do mercado ou ficaram à mercê dos cuidados e capacidades individuais (BAUMAN, 2007a). Assim,

acabamos por adentrar na sociedade de consumo, cujo objetivo centrou-se na satisfação dos desejos humanos, sem atribuir qualquer limitação a eles (BAUMAN, 2007b; 2010a; 2010b).

Os valores dos quais o Estado se valia não fazem sentido na sociedade de consumo, uma vez que passaram a vigorar mecanismos de coerção e manipulação como aqueles empregados pelos meios de comunicação de massa. Tudo parece estar submetido às leis de mercado e aos conceitos de mercadoria e consumidor, incluindo as relações entre as pessoas (SOUZA; DUTRA, 2011).

A partir dessa lógica, perde-se a noção de valores éticos ou estes são transformados em atributos de mercadorias (BAUMAN, 2010a). Alguns princípios morais primordiais para a estruturação das relações humanas como o respeito mútuo, a solidariedade, a responsabilidade, a justiça, dentre outros são colocados em um plano inferior e secundário aos valores mercadológicos e individuais. Em outras palavras, nossa moralidade passa a ser regida em grande parte pelo mercado e em função do nosso bem-estar. Nesse sentido, segundo Bauman (2014), “embora uma atitude consumista possa lubrificar as rodas da economia, ela joga poeira nos vagões de moralidade” (BAUMAN, 2014, p. 181).

No âmbito das relações humanas passamos a observar a mercantilização progressiva de todas as esferas da existência, com o predomínio de um individualismo desacompanhado de limites (LEFF, 2006). A promessa de felicidade pelas variadas formas de sofisticação do consumo conflita com a condição de exclusão social vivida por aqueles que sequer tem acesso aos bens e serviços, como a saúde. No contexto geral, vemos cessar a busca por valores que promovam a cooperação entre as pessoas. Quanto a isso, Fritjof Capra alerta que “o grande desafio do século XXI é da mudança do sistema de valores que está por trás da economia global” (2002, p. 268).

Viver numa sociedade de consumo, que tem por base o desenvolvimento do capitalismo, implica ter a competição – seja essa entre indivíduos, iniciativa privada e Estados – e a necessidade de inovação como molas propulsoras no mundo. Ressalta também o caráter patrimonialista da sociedade que coloca interesses privados acima de interesses de qualquer outra ordem (REGO; PALACIOS, 2016). Deriva disso, a super valorização da vida pessoal que sublinha as características individuais como mais

relevantes que as perspectivas coletivas ou públicas (REGO; PALACIOS, 2016; SENNETT, 1988). A incorporação dessa linha de pensamento e estilo de vida por nós pode ter relação direta com as respostas dos entrevistados que apontaram a preponderância da propriedade sobre a vida.

Outra questão importante a ser considerada refere-se à observação de que ao priorizarem um direito ao outro, os entrevistados utilizaram-se em grande parte de argumentos heterônomos. Suas justificativas englobaram pontos de vista egocêntricos, que propõem obediência às normas a fim de evitar a punição; uma visão individualista e de intercâmbio e reciprocidade, em que a ação correta configura aquela que satisfaz as próprias necessidades; e ainda, e em maior número, uma visão de que deve-se seguir as leis a fim de manter certa ordem social.

Ao se orientarem por uma perspectiva heterônoma, os sujeitos adotam fundamentos externos determinados por uma autoridade superior como seus, abstendo-se de avaliá-los ou ponderá-los. Tal fato pode contribuir para relações desrespeitosas, práticas discriminatórias e até mesmo imorais na assistência, posto que sob essa visão são grandes as chances de desconsideração das singularidades dos indivíduos. Ao passo que, o reconhecimento de si como sujeito autônomo faz com que eles reconheçam as regras e normas como algo suficientemente flexível, de modo que seja possível compatibilizá-las com as situações que se apresentam.

No estudo de Vinha e Tognetta (2009), cujo objetivo era identificar em que situações os estudantes de nível médio percebiam injustiças e se indignavam com estas, mais de 75% dos entrevistados demonstraram um pensamento individualista e de caráter moral restrito e estereotipado. Isso porque suas respostas indicam indignação frente a situações de ameaça aos interesses próprios, sem considerarem quando os interesses dos outros são violados, a não ser que esse outro seja uma pessoa conhecida ou próxima a ele.

Além disso, para os autores, a maioria dos valores apresentados pelos entrevistados representa um conteúdo de natureza moral estereotipada, ou seja, não interiorizado, uma vez que os alunos pareceram não incluir o outro no universo de pretensões éticas. Desse modo, eles provavelmente julgaram como injusto e indignável aquilo que se acostumaram a ouvir como tal, refletindo, portanto, sua heteronomia.

Em nossa pesquisa, o modelo de argumentação que ocorreu com maior frequência no dilema de Heinz foi aquele relacionado à manutenção da ordem social. Por essa perspectiva, o indivíduo percebe a sociedade a partir de um sistema de regras e leis legítimas e imutáveis, em que qualquer afastamento pode levar ao caos social, assim como a perda de direitos individuais (DUSKA; WHELAN, 1994). De outro modo, ele compreende que uma atitude ética deve estar subordinada à lei da sociedade, sistema ou instituição do qual faz parte.

Segundo Angela Biaggio (1997), este modelo de argumentação que compreende a aceitação pura e simples das normas como forma de preservação da ordem é o mais comumente encontrado em adultos. Todavia, Rest et al. (1999) advertem que essa forma de raciocínio pode ir ao encontro dos direitos humanos básicos e da liberdade civil. Isso porque tais regras, feitas pelos homens, podem ter sido firmadas para atender a uma demanda específica, mascarando interesses próprios, preconceitos e hierarquias. Estas também, ao designarem de forma objetiva o que é mais adequado para a coletividade, podem não contemplar a moralidade de determinada ação.

Também de acordo com Daiane Rocha (2010), além das regras estarem sujeitas a interpretações diferentes, conforme a compreensão de cada indivíduo, segui-las em alguns momentos pode denotar até certa negligência, dado que podem existir situações e contextos que reivindicam estratégias e cuidados diferenciados, e por mais que tenhamos regras, dificilmente elas irão abranger a complexidade da moralidade.

Vale destacar que não estamos propondo desconsiderar as leis e muito menos infringi-las. Nosso objetivo é tão somente ressaltar que regras preestabelecidas e fixas, às vezes pobremente fundamentadas, não deveriam ser seguidas cegamente nem mesmo determinar a prática profissional. Para Rego (2001), os códigos e normas deveriam ser entendidos como válidos *prima facie*, sujeitos, portanto, a uma análise e à reflexão crítica. Esse espaço para análise e reflexão propicia a apreensão de possíveis contingências e limitações das normas, de modo que a consciência pessoal passa a ser o verdadeiro fundamento de uma ação moral.

Diante disso, os indivíduos não podem e não devem se prender exclusivamente aos regulamentos formais para lidar com os outros e respeitá-los enquanto cidadão ou paciente.

Segundo Gaudenzi (2004, p. 141-142), “é necessário ir mais além do código, e esse mais não precisa e não tem como estar escrito, pois se espera que ele esteja inscrito num “código” próprio da consciência moral de cada profissional, ao fazer o melhor uso possível da sua liberdade”. É possível afirmar, portanto, que só devemos seguir uma regra, se nossa consciência moral, expressa pelo exercício da liberdade, estiver verdadeiramente de acordo com ela. Do contrário, as regras se configuram como protocolos sem valor, sem nexos e desprovido inclusive de razão para existir (GAUDENZI, 2004).

No dilema do médico, um expressivo argumento encontrado nas respostas dos entrevistados em contraposição a prática da eutanásia fez referência à compreensão de que a preservação da vida humana possuiria um valor moral absoluto, ou seja, ao princípio da santidade da vida humana. Este princípio, de fundamento dogmático e religioso, abarca a premissa de que a vida é um ‘bem’, dado por uma entidade metafísica e digna de ser vivida em qualquer circunstância, devendo, portanto, ser protegida e não podendo ser interrompida nem mesmo por deliberação de quem a detém (DWORKIN, 2003; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

De forma mais explícita, este princípio, proveniente sobretudo de tradições religiosas orientais (do hinduísmo, em especial) e preceitos judaicos-cristãos (DURAND, 2003), entende que a vida é um dom de deus, que a ele pertence e que o sofrimento é uma forma de libertação, de salvação, de modo que só compete a ele a decisão sobre o momento de morrer. Sob essa ótica, defensores e seguidores deste princípio acreditam que a vida humana deva ser mantida a qualquer preço, pois terminar deliberadamente com a vida é negar seu valor e, por conseguinte, contrariar a vontade divina. Assim, julgam que a morte só deva ocorrer de forma natural, sem que haja qualquer intervenção nesse processo.

Essa visão dos entrevistados corrobora a afirmação de Debora Diniz (2006b), de que a socialização dos profissionais de saúde confunde o conceito de santidade com o de sacralidade. Este último compreende um princípio laico que, apesar de presente em vários códigos religiosos, assegura o valor moral da existência humana e respalda diversos mecanismos sociais que garantem o direito de viver, sem determinar sua inviolabilidade. A falta de clareza quanto a distinção entre eles faz com que valores individuais e metafísicos acerca do significado da vida e da morte se sobreponham a princípios coletivos, como o da

sacralidade da vida e o da autonomia (DINIZ, 2006b). Talvez por isso os entrevistados dessa pesquisa tenham priorizado a tradição moral religiosa à autonomia do indivíduo.

Uma das respostas dos entrevistados, entretanto, evidenciou uma visão paternalista do profissional, como demonstrado anteriormente nos resultados. Essa posição paternalista, baseada no princípio da beneficência, frequentemente é encontrada na maioria dos profissionais, que ao acreditarem ser agentes do saber, agem unilateralmente, justificando-se pela suposição de que sabem o que é melhor para o paciente (KOVÁČZ, 2003).

Argumentos paternalistas utilizados por pessoas contrárias à eutanásia são comuns e, em geral, se fundamentam na defesa dos melhores interesses, ou seja, partem do princípio que mesmo que alguém decida conscientemente por morrer, ele está fazendo um mal a si próprio, portanto, impedir sua morte seria uma atitude de proteção ao seu melhor interesse (DWORKIN, 2003).

Para Cohen e Marcolino (2002), a intervenção do profissional de saúde na liberdade do paciente em se autodeterminar fundamenta-se no julgamento de que sua obrigação moral sobre o bem-estar do paciente seria maior do que aquela que determina respeitá-lo em suas escolhas, isto é, que o princípio da beneficência deveria prevalecer sobre o princípio da autonomia.

Sobre o princípio da beneficência, diversos autores (BEIER; IANNOTTI, 2010) atentam que desde o juramento de Hipócrates este pode ser reconhecido como autoritário, uma vez que o critério de julgamento sobre a melhor conduta a ser realizada recai, em geral, sobre o profissional apenas, em especial, sobre o médico, colocando o paciente em segundo plano.

A evolução histórica da medicina e das demais profissões de saúde, ao promover uma relação profissional de saúde-paciente assimétrica, manteve o princípio da beneficência como absoluto, dando ao primeiro o poder de deliberar sobre o segundo, tendo em vista seu conhecimento técnico específico e sua legitimidade social (BEIER; IANNOTTI, 2010; KOVÁČZ, 2003). As relações de saúde construídas sob o modelo paternalista estão diretamente afetadas por essa concepção e apesar de existirem sinais indicativos da substituição do paternalismo pelo respeito à autonomia, essa mudança ainda não está consolidada (RIBEIRO, 2006).

Todavia, impedir que um indivíduo devidamente informado e plenamente capaz de expressar seus desejos e se autodeterminar decida sobre ele próprio é negar-lhe a dignidade e seus direitos fundamentais. Do mesmo modo que, deixar que um indivíduo mal informado e com restrição de sua capacidade de autodeterminação seja abandonado a sua própria autonomia, é renunciar sua responsabilidade para com o outro.

Outra consideração relevante é que apesar da maioria dos profissionais entrevistados acharem compreensível o desejo de morrer diante do sofrimento causado por uma doença incurável, afirmando, inclusive, que em situação semelhante possivelmente solicitariam o mesmo, a maioria absoluta afirmou que não executaria a eutanásia. Esse fato corrobora com o resultado do estudo de Chochinov et al. (1995) em que o percentual de 54% dos médicos entrevistados acham que este é um pedido coerente diante do sofrimento cai para 33% ao serem questionados sobre eles mesmos abreviarem a vida dos pacientes.

Os entrevistados que justificaram que o pedido pela eutanásia é razoável ponderaram a qualidade de vida precária da paciente, reconhecendo, portanto, o valor desta. Provavelmente, por atuarem em situações de fim de vida e considerarem o impacto negativo e prejudicial da doença na qualidade de vida dos pacientes, sobretudo, quando não há mais a possibilidade de cura e uma expectativa de pouco tempo de vida como no dilema em questão, eles realizaram tal apreciação. Contudo, vale ressaltar que a menção a qualidade de vida não eliminou a orientação dos entrevistados voltada para uma perspectiva religiosa ou ainda legalista, jurídica ou deontológica, que proíbem a eutanásia.

Assim, além da observação do princípio religioso, outros entrevistados apresentaram como argumento moral o respeito à lei e às normas legais como norteadoras de sua prática de cuidado. Estas perspectivas estiveram presentes mesmo para aqueles profissionais que perceberam a condição de vulnerabilidade do paciente e se mostraram conscientes das implicações de sua decisão.

Ratificando essa observação sobre a submissão dos indivíduos às normas legais, os resultados do estudo de Linhares, Siqueira e Previdelli (2013) sobre limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica sugerem que os procedimentos realizados pelos médicos refletem predominantemente um receio e uma preocupação de se evitar possíveis processos judiciais. Com isso, muitos profissionais adotam práticas que lhes

garantem a certeza de que não serão questionados, como, por exemplo, a manutenção de tratamento pleno independente de outras questões como a condição clínica e a vontade do paciente.

É válido destacar que ao se justificarem pelos preceitos religiosos ou legais, os entrevistados em sua maioria utilizaram-se de um modelo de argumentação voltado para a obediência e a fim de evitar a punição. Este é um ponto relevante, uma vez que desse modo eles outorgam a moralidade de uma ação a uma autoridade externa, a qual designa e impõe valores, assim como prevê castigo àqueles que desobedecem seus preceitos, e assumem uma postura passiva e heterônoma frente as suas escolhas.

Em seus discursos subentende-se que os entrevistados compreendem a autoridade como um valor em si mesmo. Consequentemente, absorvem seus valores, se conformam e agem de acordo com eles, ao invés de sujeitá-los a uma análise crítica na mesma medida em que qualquer outro deveria ser. Ao se apropriarem de tais códigos de moralidade e segui-los literalmente, sem uma revisão de seus argumentos e valores e muito menos sem duvidar de sua credibilidade, eles ficam subjugados a essa autoridade. Como já discutido anteriormente, a fundamentação da moralidade das ações de forma acrítica em códigos e normas, sejam eles religiosos, deontológicos ou jurídicos, nos parece um tanto quanto perigosa, sob o risco de incorrerem em atitudes desumanas e imorais.

Além deste ponto de vista, outros profissionais apresentaram respostas sob uma ótica heterônoma, seja ela egoísta, voltada para o desempenho de bons papéis e a satisfação das expectativas da coletividade, ou ainda orientada para a manutenção da ordem social. Em todos esses modelos não há uma atitude que preze pela elaboração e revisão de juízos morais segundo uma reflexão autônoma e crítica.

Patricia Bataglia (1996), em sua dissertação de mestrado, realizou uma pesquisa com estudantes de psicologia e psicólogos e também evidenciou que a grande maioria dos participantes apresentou uma visão heterônoma, caracterizada pelo relativismo instrumental hedonista e pela satisfação de valores grupais.

Também no dilema do aborto, cuja controvérsia se estabelece pelo direito do nascituro em contraposição a autonomia da mulher, representada por seus direitos sexuais e reprodutivos, o argumento mais frequente dos entrevistados fez referência ao valor moral

absoluto da vida humana atribuído por uma entidade metafísica, tal como no dilema da eutanásia. Com isso, a grande maioria dos entrevistados posicionou-se contra a atitude de interrupção voluntária da gravidez.

Ao assumirem esse ponto de vista, é possível considerar que os entrevistados mantiveram uma perspectiva heterônoma, uma vez que justificaram suas respostas a partir forças de ordem religiosa. Nessa mesma linha de pensamento, outros foram ainda mais radicais, colocando que uma gravidez não pode ser interrompida em hipótese alguma, nem mesmo quando houver risco de morte da mãe.

Além desse argumento, eles justificaram que por terem os indivíduos, em especial as mulheres, controle sobre seus corpos e sua vida sexual, a gravidez já pode ser considerada uma escolha, devendo os envolvidos assumirem as consequências de seus atos. Numa análise mais profunda desta justificativa, percebemos que esta se ampara num modelo de regulação de corpos, em que subjaz a ideia de que aquelas mulheres que não estão dispostas a se reproduzir ou a assumir a responsabilidade diante de uma gravidez devam se privar de ter relações sexuais. Determinações reguladoras sobre as expressões de gênero, as práticas sexuais, as intensidades e modos dos prazeres, assim como aquelas sobre o início, a duração e o fim de vida, inclusive sobre quem deverá ser reconhecido e respeitado socialmente, estão relacionadas a mecanismos de biopoder e biopolítica (FERRAZA; PERES, 2016).

Nesse sentido, a questão do aborto se articula a mecanismos de controle social, legitimados pelo Estado e influenciados em grande parte por preceitos religiosos, originalmente oriundos da igreja católica, que deliberava e delibera sobre as questões sexuais e reprodutivas (BIROLI, 2014). Na perspectiva do controle social, padrões de comportamento são ordenados e passam a reger os corpos e todos os seus processos biológicos. De outro modo, as estratégias biopolíticas, além de gerenciarem as relações sociais, pretendem a produção dos sistemas de pensamento (FERRAZA; PERES, 2016), que restringem a liberdade e a autonomia dos indivíduos.

A concepção da família convencional e de uma ordem sexual conservadora, baseada no casamento e na suposta complementaridade entre homens e mulheres, tendo a mulher sua individualidade subsumida a sua função de mãe até hoje encontra-se fortalecida em

nosso país (BIROLI, 2014). Isso faz com que o aborto e a homossexualidade sejam os temas que carregam as maiores marcas da heteronomia moral religiosa, cujo discurso fundamentado na fé apresenta-se resistente a aceitação da autonomia e da liberdade individual no que diz respeito à sexualidade e ao processo reprodutivo (WHO, 2006).

Além desse aspecto, alguns profissionais compreenderam esse dilema sobre um ponto de vista técnico, mais precisamente, eles estabeleceram um critério biológico para justificar a moralidade ou não do ato. Em outras palavras, eles negam a dimensão moral do problema e tentam legitimar ou não a interrupção voluntária da gravidez por razões biológicas, as quais, em geral, estiveram associadas ao desenvolvimento do sistema nervoso central do embrião, relacionando-o a possibilidade de sentir dor.

Lind (2000) declara que os médicos, ao se depararem com processos de tomada de decisão concretos que englobam uma dimensão moral, deliberam de forma a negar tal dimensão ou tratam esta como um assunto de natureza técnica. Com isso, ele afirma que os estudantes de medicina são treinados para resolver conteúdos técnicos, sendo, por conseguinte, pouco preparados para lidar com as questões morais que se apresentam em sua prática profissional.

Debora Diniz (1997), a partir da análise do discurso de alvarás judiciais que buscavam fundamentar moralmente a licitude ou não do aborto frente às restrições físicas e/ou mentais do feto, também destacou que argumentos biológicos são postos como base à argumentação moral dos juízes. Em suas palavras, “os argumentos biológicos são usados como suporte argumentativo para uma concepção mais ampla de vida humana. É, na verdade, a moral justificada por intermédio do discurso biológico: a moral medicalizada” (p.24). Em sua concepção, a defesa argumentativa nessa direção visa alcançar uma compatibilidade entre crenças científicas e morais, de modo que estas possam coexistir, sem necessariamente se anular.

Uma questão percebida diante das respostas dos profissionais entrevistados aos dilemas é que a maioria delas não só se baseou por uma perspectiva heterônoma, como também, quando as discussões envolveram temas orientados pela religião, seus argumentos fizeram referência a regulação por uma autoridade externa, sendo esta a forma mais primitiva de fundamentação moral segundo a teoria de Kohlberg.

Esse achado é compatível com o fenômeno denominado de segmentação moral, em que em diversos estudos, nos testes para avaliação da competência moral, os indivíduos brasileiros apresentaram escores equivalentes aos dos sujeitos de outros países no dilema do roubo, ao passo que, no dilema da eutanásia seus escores foram comparativamente mais baixos, evidenciando uma falta de equivalência entre ambos (BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA et al., 2013).

Esse fenômeno demonstra que a interpretação dos resultados dos testes de competência moral não só refletem a capacidade individual e a dificuldade em realizar uma tarefa, mas também a interferência de agentes sociais, dentre eles, a igreja, na possibilidade e habilidade do sujeito em se autodeterminar (LIND, 2005b; BATAGLIA, 2010; FEITOSA et al., 2013). Desse modo, tais agentes poderiam ser responsáveis por suprimir aspectos autônomos dos julgamentos morais.

Corroborando essa afirmação, estudos que relacionaram competência moral e religiosidade, por exemplo, indicam que indivíduos com atitudes mais religiosas apresentaram menor competência moral quando comparados com aqueles menos dogmáticos. Isto posto, sugere-se que pessoas que seguem rigorosamente uma orientação religiosa ou qualquer outra de ordem cultural da sociedade apresentam menor tolerância e flexibilidade de pensamento e, por conseguinte, menores graus de competência moral (BATAGLIA; AGATI et al., 2002; BATAGLIA; SCHILLINGER-AGATI et al., 2002; SCHILLINGER, 2006).

Sobre a influência da religiosidade no trato com dilemas éticos, esta pode ter relação com as particularidades da formação histórica do país, cujo espaço público foi modelado a partir de valores cristãos, herdados, sobretudo, da igreja católica (MONTERO, 2009). Isso sem negligenciar que em determinados momentos as normas religiosas regeram e até mesmo se sobrepuseram aos direitos civis (MENDONÇA, 2003).

Logo, mesmo sendo o Brasil (supostamente) um Estado laico, a religião manteve seu poder e autoridade, assim como seus pressupostos continuaram presentes no cotidiano em diversos aspectos da vida social (MONTERO, 2009, 2012; MENDONÇA, 2003). Essa constatação ratifica o pensamento de Antonio Flavio Pierucci (2008) de que no sentido

literal ainda há muito por laicizar no Brasil ou, dito do seu modo, “resta muito entulho religioso de viés cristão-monopolista a retirar” (p.13).

Ao transportarmos a heteronomia dos entrevistados para sua prática em saúde, podemos pressupor que tais profissionais apresentam um modelo de raciocínio incapaz de questionar as normas instituídas por uma autoridade, seja ela religiosa, deontológica ou legal, assim como tem grandes chances de agir de modo a utilizar-se de protocolos de cuidado sem questioná-los. Ou seja, não consideram outras dimensões que não as orientações já dadas. Sabendo-se que nem toda norma é moralmente correta em todas as situações, há a possibilidade de que a obediência à norma leve a ações moralmente incorretas ou injustas.

Vale lembrar que alguns deveres pessoais se converteram também em deveres sociais, em normas oficializadas por corporações profissionais por meio de códigos de ética, os quais impõem sanções àqueles que não as cumprem (DURAND, 2003). A normatividade deontológica e seus elementos restritivos atuam como reguladores de determinada corporação, estabelecendo seus deveres e favorecendo a legitimação daquela categoria pela demarcação de seu espaço de atuação (DURAND, 2003). Entretanto, a influência de tais códigos caracteriza um enfoque legalista e não moral da atuação profissional.

Por outro lado, os profissionais capazes de romper com as normativas que hegemonizam as práticas em saúde passam a exercer certo “autogoverno” sobre seu processo de trabalho e com isso abrem-se para novas possibilidades de ação frente a uma necessidade. O cuidado passa a ser construído de forma autônoma, a partir do encontro com o outro, sendo este o seu próprio fundamento (FRANCO; MERHY, 2013). Para Franco e Merhy (2013) aqueles que conseguem implementar modificações aos padrões estruturados e estabelecidos, ou nos termos dos autores, construir linhas de fuga, exercem um papel transformador na prática em saúde. Em especial, se tais mudanças estiverem pautadas pela dimensão humana e ética, de modo que o respeito aos direitos fundamentais do ser humano seja contemplado.

Waldir Souza (2004) enfatiza que assim como os usuários, os profissionais de saúde precisam resgatar um aspecto singular do ser humano: a possibilidade de agir de forma

autônoma e responsabilizar-se por seus atos, superando a condição de sujeito passivo do processo terapêutico e assumindo, portanto, seu valor como sujeito da história. Para ele, “não só os usuários são objetos de uma prática ou de um sistema de saúde, mas os próprios profissionais quando perdem a capacidade de refletir sobre sua prática e sua história” (p. 1083).

Um profissional autônomo ao aceitar tais normas e realizar suas ações não o faz porque é condicionado, mas sim porque a partir de uma reflexão crítica percebe que elas correspondem ao seu ideal. Essa tomada de decisão autônoma e crítica colabora para o atendimento as demandas de cuidado diversas e plurais dos usuários, de forma a não tornar seu trabalho em saúde contraproducente em relação aos seus fins. Nesse contexto, diante das justificativas dos profissionais de saúde aos dilemas éticos apresentados, destacamos a importância de uma educação moral em saúde mesmo para aqueles que já concluíram a graduação, como no caso dos residentes.

Em face a diversidade de concepções educacionais, como, por exemplo, aquelas que enfatizam o processo de deliberação moral mais do que suas conclusões, ou outras que estabelecem um foco nos resultados, defendemos, assim como Sergio Rego e Marisa Palacios (2017), que para a educação moral é necessária uma articulação entre o raciocínio moral, a decisão ética e suas consequências.

Fundamentando seu ponto de vista, os autores apontam que apesar de ser de grande valor para a educação moral o conhecimento de saberes teóricos e metodológicos relativos à ética/bioética, este sozinho não basta para uma formação moral (REGO; PALACIOS, 2017). Para Rego e Palacios (2017), uma proposta pedagógica nesse âmbito deve vislumbrar o desenvolvimento da competência moral, que segundo Lind (1999) é definida por Kohlberg como a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e ainda, de agir de acordo com tais juízos.

Sendo assim, parece-nos que o que realmente está em questão é como desenvolver a competência moral dos sujeitos, uma vez que o acúmulo de informações a respeito da ética é insuficiente e as abordagens pedagógicas tradicionais possuem como objetivo apenas a doutrinação e o treinamento. Embora não haja uma fórmula que garanta o alcance dessa competência por todos, compreendemos ser necessário que o aluno aprenda a pensar

eticamente e de forma crítica e, mais que isso, que saiba colocar em prática seu conhecimento, uma vez que a sabedoria prática é essencial para a resolução de problemas concretos do cotidiano incluindo aqueles relacionados a assistência à saúde (REGO; PALACIOS, 2017). Em síntese, é primordial integrar os saberes dos diversos campos do conhecimento e estabelecer uma conexão entre teoria e prática (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012; REGO; PALACIOS, 2017).

A resolução de conflitos pode ser uma ferramenta útil para realizar uma abordagem problematizadora com base na promoção de diálogos, tanto no ensino teórico quanto na prática. A possibilidade de aliar teoria e prática numa mesma perspectiva é de grande valia para o ensino no campo da saúde, pois permite uma aprendizagem mais próxima do cenário real em que os sujeitos atuam (PINHEIRO, 2011). Em termos de objetivos educacionais, a utilização desta técnica para discutir problemas morais visa a aplicação do conhecimento teórico aprendido e a resolução do problema propriamente dito, como preconizado pela ética prática (REGO; PALACIOS, 2017).

Na discussão de problemas morais, o ambiente e as técnicas de ensino precisam favorecer a reflexão e um debate respeitoso sobre tais questões, assim como estimular práticas democráticas e um pensamento crítico, tornando os alunos agentes ativos do seu processo de aprendizagem (REGO; PALACIOS, 2017). Nessa linha de pensamento, consideramos o indivíduo como um ser que constrói o seu próprio saber, pressupondo o respeito a sua autonomia e identidade (FREIRE, 1996; COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004; MITRE et al., 2008). A aprendizagem que inclui a auto-iniciativa torna-se mais consolidada, sendo também mais efetiva (MITRE et al., 2008).

Para que o aluno assuma seu protagonismo no processo de aprendizagem, desenvolvendo-se autônoma e criticamente, Rego e Palacios (2017) concordam que é preciso tirá-los de suas zonas de conforto, onde possuem respostas razoavelmente consolidadas, apresentando-lhes outros pontos de vista e argumentos que confrontem suas posições. Isso promoveria desequilíbrios cognitivos, que, por conseguinte, auxiliariam no amadurecimento ou até mesmo numa mudança de posicionamento, fruto de uma reflexão e não de influências externas. De outro modo, ao englobar um conteúdo ético, o processo educacional deve ser pensado para além de uma estrita normatização, pelo risco de fazer até

mesmo com que as pessoas parem de refletir e voltem-se cegamente às orientações (GAUDENZI, 2004).

Um processo de aprendizagem para a formação moral busca tornar os indivíduos capazes de apresentar e defender suas posições com argumentos válidos, o que vai ao encontro de uma formação comprometida com a democracia e com o exercício da cidadania (REGO; PALACIOS, 2017). O objetivo da educação moral é a formação de pessoas autônomas, que tenham compromisso com o diálogo e estejam determinadas a utilizar-se da razão crítica, atentando para os demais e para o respeito pelos direitos humanos (PUIG, 1998; REGO; PALACIOS, 2017), mais precisamente, para a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, uma vez que esta é a que mais se aproxima do ideário de moral universal (REGO; PALACIOS, 2017).

Porém, vale chamar atenção para um paradoxo: instituições de ensino superior que aparentemente concordam e se baseiam numa pedagogia mais moderna, com emprego de metodologias problematizadoras, incorrem em certa dicotomia ao realizarem tal abordagem apenas na primeira fase dos cursos, enquanto no ensino profissional propriamente dito, como estágios supervisionados e internato, a abandonam (REGO; PALACIOS, 2017). Apesar de não ser simples suprimir essa divisão no processo de formação dos profissionais, as instituições devem se esforçar para evitá-la.

Uma das possíveis estratégias a serem adotadas é a educação permanente dos docentes (REGO; PALACIOS, 2017) e profissionais que atuam neste campo. Entendemos a educação permanente como “prática educacional que se processa nas redes de serviços, e, centrada nos processos de trabalho, tendo como insumo os cenários da prática, as vivências dos trabalhadores e suas dúvidas” (FRANCO; CHAGAS; FRANCO, 2012, p.47).

Sustenta-se que o docente empenhado na tarefa de educar moralmente se mantenha sempre como aprendiz (FREIRE, 1996). Ademais, dele não bastam os saberes do senso comum para a condução de discussões com rigor ético dentro do campo, se exige uma formação específica para evitar que distorções aconteçam na compreensão de certas teorias que podem reforçar preconceitos, estereótipos e até mesmo desinformação (REGO; PALACIOS, 2017).

Logo, ser docente não é tarefa fácil e implica certos requisitos daquele que se propõe a ser agente da formação moral. É importante que haja o reconhecimento por parte do docente de que ele é um ser condicionado. De outro modo, para atuar como docente, embora afetado por forças e ambivalências que condicionam suas convicções, é necessário que se realize o exercício, quase diário, de tomar consciência de sua própria moralidade, de revelar (ou desvelar) os fundamentos que orientam seu julgar e agir (GOERGEN, 2007). Essa prática é indispensável àqueles que possuem como missão auxiliar os alunos a vencer obstáculos, dado que as tendências hegemônicas em diversos contextos (social, cultural, econômico, político, etc.) a direcionam em sentido inverso.

É preciso compreender que a formação das pessoas e o repensar das estruturas profundas de nossa sociedade fazem parte de um mesmo processo (GOERGEN, 2007). Sendo assim, mesmo reconhecendo que a educação não é capaz de transformar a sociedade, dada a complexidade das relações sociais, econômicas e políticas, ou seja, de que ela não é o remédio para todos os males, é fato que ela pode ter, e tem, uma ação transformadora (GOERGEN, 2007; REGO; PALACIOS, 2017). Como afirma Paulo Freire (1996): “se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode. Se a educação não é a chave das transformações sociais, não é também simplesmente reprodutora da ideologia dominante” (FREIRE, 1996, p. 112).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A moralidade presente nas relações humanas constrói-se no decorrer da vida dos indivíduos. Ela representa princípios e valores considerados válidos, bem como os atos reais nos quais estes se concretizam. No entanto, é possível viver uma moral sem nunca ter realizado uma reflexão sobre ela, de modo que certas normas e regras vigentes que orientam as ações podem ter sido estabelecidas sem um questionamento do seu porquê.

O progresso da ciência e da tecnologia, bem como outras transformações político-sociais mudou a percepção da vida e revelou diferentes modos de viver. Diante dessa pluralidade passou a ser estritamente necessária uma visão ampliada das situações e uma revisão dos valores éticos e humanos, a fim de vivenciarmos a responsabilidade ética, individual e coletiva. Contudo, a maioria das práticas vigentes ainda não contemplam essa diversidade.

Se pensarmos em termos de assistência à saúde, perceberemos que a concepção e as práticas do cuidado não se deram alheias às transformações tecnocientíficas e sociais, sendo fortemente influenciada por elas. Sob tais influências, o cuidado passou a ser concebido a partir de uma visão de mercado, disciplinar, técnica, dentre outras, que o deixaram menos ético e humanizado. De outro modo, a subordinação do cuidado a tais perspectivas ferem princípios morais fundados no respeito, na justiça e na democracia.

Diante das insuficiências desse modelo de cuidado, houve uma insatisfação da população em geral que passou a conceber uma variedade de questionamentos éticos. Isso porque, além do domínio da técnica pelos profissionais, há uma reivindicação relacionada a consideração da autonomia, integralidade e humanidade dos usuários. Essas demandas remetem inevitavelmente a pensarmos na formação desses profissionais de saúde, mas especificamente, na educação moral.

A educação com vistas ao desenvolvimento moral busca favorecer o pensamento crítico, mais livre e autônomo possível, possibilitando a percepção e avaliação contínuas da realidade em relação a adequação às normas vigentes. No âmbito social, a educação moral colabora para a revisão de normas preestabelecidas que não encontram eco do ponto de vista moral. Embora não haja garantia de que a educação com vistas a esse desenvolvimento seja suficiente para que todos hajam moralmente, acreditamos que o

desenvolvimento do raciocínio crítico e autônomo possa levar a tomadas de decisão mais humanas, justas e responsáveis, sendo os juízos morais indicadores das ações dos sujeitos.

Todos os problemas que abarcam uma dimensão moral requerem uma análise detalhada e crítica anterior as tomadas de decisão, uma vez que envolvem juízos de valor e concepções morais para os quais não existe uma resposta pronta, simples, única e definitiva. Em relação àqueles que envolvem aspectos relacionados ao valor da vida, decorrentes em grande parte do progresso da ciência e da tecnologia, o compromisso com uma reflexão crítica deve ser central para que não haja uma desconsideração dos direitos humanos fundamentais como liberdade e dignidade da pessoa.

Nesse sentido, compreender como se dão as justificativas dos profissionais residentes na área da saúde sobre dilemas éticos pode contribuir para pensarmos em estratégias educacionais que visem a facilitação de um raciocínio e comportamento autônomo pelos residentes.

Esta tese tem como objetivo principal analisar os juízos morais dos profissionais de saúde, residentes médicos e multiprofissionais, frente a dilemas éticos relacionados ao valor da vida. Na pesquisa realizada, a maioria dos entrevistados apresentou uma forma de raciocínio heterônoma e embora alguns até tenham vislumbrado certa autonomia, eles não sustentaram tal perspectiva em todo o seu discurso.

Diante desse resultado, constata-se a necessidade de ampliar as reflexões e discussões sobre a dimensão moral do cuidado em saúde, assim como de estruturar programas e currículos que privilegiem o desenvolvimento moral dos profissionais de saúde. Desse modo, as instituições formadoras devem adotar uma proposta de educação permanente para os preceptores dos residentes, uma vez que eles, assim como os docentes se dispõem a atuar na prática educacional. Em outras palavras, os professores e preceptores da residência devem ter uma formação específica em educação e desenvolvimento moral e manter a condição de aprendiz.

A adoção de estratégias com a finalidade de promover a educação moral de preceptores e alunos requisita uma aliança entre o conhecimento teórico sobre as concepções éticas e a aplicação deste conhecimento na prática profissional. Para isso, o ambiente deve ser democrático e capaz de garantir a liberdade de expressão dos indivíduos, estimulando-os a manifestarem seus pontos de vista. Assim como o ambiente, os métodos

utilizados com o objetivo de educar moralmente também assumem um papel importante na formação. Ao possibilitarem a construção do conhecimento com base no diálogo e na argumentação, tais metodologias permitem o exercício cotidiano de questionar a moralidade – que não deve se traduzir pela simples adequação às regras – propiciando ao educando o pensar e o fazer diferente.

Com base na perspectiva que visa a promoção do pensamento crítico e autônomo para formação de agentes morais, é possível uma aproximação de valores e princípios fundamentais para a convivência em sociedades plurais e democráticas. No âmbito da saúde, sob a ótica do desenvolvimento moral, afirmamos que ambientes e metodologias de ensino que propiciem a autonomia podem levar a transformação da prática profissional com o resgate da finalidade humanista do cuidado.

Nesse sentido, os resultados deste estudo apontaram a emergência da educação moral tanto no ensino superior quanto na residência dos profissionais de saúde, a qual deveria ser concebida como educação permanente. Os resultados indicaram que é necessário resevar maior espaço e carga horária para abordagem da dimensão ética, com a inclusão de metodologias ativas, discussão de temas relacionados aos direitos humanos e justiça e dilemas morais, assim como professores qualificados e comprometidos com a formação integral do aluno.

Considerando os dados apresentados, a pesquisa aponta para a necessidade de propostas ou projetos de intervenção pedagógica que auxiliem na construção de argumentos para debates e na formação de um pensamento crítico-reflexivo acerca das questões morais. Entendemos as limitações do estudo, especialmente por se tratar de um tema complexo e de haver nuances da moralidade que não sejam facilmente expressadas como, por exemplo, posições consideradas politicamente incorretas que não vem à tona nos discursos.

Concluimos este estudo reafirmando a necessidade de uma reflexão sobre a formação ética dos profissionais de saúde e esperamos ter contribuído para a valorização da educação moral que, em geral, é colocada em segundo plano diante da formação técnica.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. Preconceito. In: ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. Temas básicos de sociologia. São Paulo: Cultrix, 1973. p. 172-183.

_____. Dialética do esclarecimento. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. 254 p.

ALLPORT, G. The nature of prejudice. Boston: The Beacon Press, 1954.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev bras educ méd, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.

ARAÚJO, V. A. A. Cognição, afetividade e moralidade. Educação e Pesquisa, v. 26, n. 2, p. 137-153, 2000.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e sociedade, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev Latino-am Enfermagem, v.14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational behavior and human decision processes, v. 50, n. 2, p. 248-287, 1991.

BANDURA, A.; HOUSTON, A. C. Identification as a process of incidental learning. Journal of Abnormal and Social Psychology, v. 63, n.2, p. 311–318, 1961.

BARBOZA, H. H. A pessoa na era da biopolítica: autonomia, corpo e subjetividade. Cadernos IHU ideias. UNISINOS, v. 11, n. 194, 2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BARRETO, M. S. L. et al. Comunidade Justa: uma experiência no Centro de Cooperação para o Desenvolvimento da Infância e da Adolescência-CCDIA. Revista Meta: Avaliação, v. 1, n. 2, p. 208-219, 2009.

BASSO, M. et al. Direitos de propriedade intelectual & saúde pública: o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais no Brasil. In: Direitos de propriedade intelectual & saúde pública: o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais no Brasil. IDCID, 2007.

BATAGLIA, P. U. R. A validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. Psicologia: reflexão e crítica 23(1), 83–91, 2010.

_____. Um estudo sobre o juízo moral e a questão ética na prática da Psicologia. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BATAGLIA, P.U. R.; AGATI, M. M. et al. The development of moral competence and religious commitment in Brazil. Paper presented at the meeting of the Association for Moral Education, Chicago, 2002.

BATAGLIA, P. U. R; MORAIS, A.; LEPRE, R M. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. Estudos de Psicologia, v. 15, n. 1, p.25-32, 2010.

BATAGLIA, P. U. R; SCHILLINGER-AGATI, M. et al. The development of moral competence and religious commitment in Brazil. Paper presented at the meeting of the Association for Moral Education, Chicago, 2002.

BAUMAN, Z. O mal estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2001

_____. Tempos líquidos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007a.

_____. Vida líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007b.

_____. Legisladores e interpretes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010a.

_____. Capitalismo parasitário. Rio de Janeiro: Zahar, 2010b.

BAUMAN, Z.; DONSKIS, L. Cegueira moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J. Principles of Biomedical Ethics. 5 ed. New York: Oxford University Press, 2001. 454 p.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. São Paulo: Harbra, 1986. 612 p.

BEIER, M; IANNOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. Rev Bras Saúde Matern Infant, v. 10, 2 Suppl, p.383-389, 2010.

BERNS, R. M. O Desenvolvimento da criança. Tradução Cecília C. Bertalotti e Marcos Bagno. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 797 p.

BERKOWITZ, M. W. The role of discussion in moral education. Moral education: Theory and application, p. 197-218, 1985.

BIAGGIO, A. M. B. Introdução à Teoria de Julgamento Moral de Kohlberg. In: NUNES, M. L.T. Moral & TV. Porto Alegre: Evangraf, 1998. p. 29-63.

_____. Discussões de julgamento moral-idiosincrasias do caso brasileiro. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 1, n. 3, p. 195-204, 1985.

_____. Kohlberg e a " Comunidade Justa": promovendo o senso ético e a cidadania na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 10, n. 1, 1997.

_____. Universalismo versus Relativismo no Julgamento Moral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 1, p. 5-20, 1999.

_____. Lawrence Kohlberg: ética e educação moral. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2006. 144 p.

BIRMAN, J. Arquivo da biopolítica. In: LOYOLA, M. A. (Org.). *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Brasília: Letras Livres, 2005.

BIROLI, F. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. *Revista Brasileira de Ciência Política*, v. 15, p. 37-68, 2014.

BLATT, M. M.; KOHLBERG, L. The effects of classroom moral discussion upon children's level of moral judgment. *Journal of Moral Education*, v. 4, n. 2, p. 129-161, 1975.

BLUM, Lawrence. Universality and particularity. *New Directions for Child and Adolescent Development*, v. 1990, n. 47, p. 59-69, 1990.

BOTO, C. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. *Educação & Sociedade*, v. 22, n. 76, p. 121-146, 2001.

BOYD, D. The character of moral development. In Nucci, L. P. *Moral Development and Character Education: a dialogue*. Berkeley, McCutchan, 1989. p. 95-123.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.

BUTLER, J. *Marcos de guerra introducción: las vidas lloradas*. Barcelona: Paidós, 2010.

BUXARRAIS, M. B. *La formación del profesorado en educación en valores : propuesta y materiales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1997.

CAMPBELL, R. & CHRISTOPHER, J. Developmental review. Moral development theory: a critique of its Kantian presuppositions. *San Diego*, v.16, n.1, p.1-47, 1996.

CANTO-SPERBER, M. *A inquietude moral e a vida humana*. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

CAPRA, F. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix/ Amana Key, 2002. 296 p.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto enferm*, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CHAUÍ, M. S. *Convite à filosofia*. 3 ed. São Paulo: Ática, 1995.

CHOCHINOV, H. M. et al. Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, v. 152, n. 8, p. 1185-1191, 1995.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p. 214-217, 2005.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente. In: SEGRE, COHEN. *Bioética*. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 83-94.

COHEN, C; SEGRE, M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. *Rev Bioética*, v. 2, n. 1, p. 19-24, 1994.

COLE, M.; COLE, S. R. O desenvolvimento da criança e do adolescente. Tradução M. Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2003 (Original publicado em 1989). 800 p.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.

CORTINA, A. *O fazer ético: guia para a educação moral*. São Paulo: Moderna, 2003. 119 p.

_____. *Ética Mínima: introdução à filosofia prática*. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 304 p.

CORTINA, A, MARTÍNEZ E. *Ética*. 5 ed. São Paulo: Loyola, 2013. 176 p.

COTRIM, G. *Fundamentos da filosofia: história e grandes temas*. São Paulo: Saraiva, 1998.

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Rev Bras Educ Med*, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. 174 p.

DANTAS, F.; SOUSA, E. G. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. Rev. bras. educ. med., v. 32, n. 4, p. 507-517, 2008.

D'AVILA, R. L. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. Revista Bioética, v. 18, n. 2, 2010.

DAVIS, C. Modelo da aprendizagem social. In: RAPPAPORT, C. R.; FIORI W. R. e DAVIS, C. (Orgs.) Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais. São Paulo: EPU, 1981. v.1.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comun Saúde Educ, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

DESLAURIERS J-P. Recherche qualitative; guide pratique. Québec: McGrawHill, Éditeurs, 1991. 142 p.

DE SORDI, M. R. L; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Revista Latino-americana de enfermagem, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

DEWEY, J. Teoria da Vida Moral. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

_____. Moral principles in education. Boston: Houghton Company, 1975.

DIAS, M. C. A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva. 1 ed. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015a. 228 p.

_____. Ensaio sobre a moralidade: ensaios filosóficos. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Pirilampo, 2015b. 236 p.

_____. Sobre nós: expandindo as fronteiras da moralidade. 1 ed. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2016. 178 p.

DINIZ D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. Bioética, v. 5, p. 19-24, 1997.

_____. Fórum: o fim da vida. Cad. saúde pública, v. 22, n. 8, p. 1739-1740, 2006a.

_____. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. v. 22, n. 8, p. 1741-1748, 2006b.

DINIZ, D.; ALMEIDA, M. Bioética e aborto. In: Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 125-138, 1998.

DURAND, G. Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. 1 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2003. 431 p.

DUSKA, R.; WHELAN.M. O desenvolvimento moral na idade evolutiva: um guia de Piaget e Kohlberg. São Paulo: Ed. Loyola, 1994. 123 p.

DWORKIN, R. Domínio da Vida: aborto, eutanásia e direitos individuais. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 362 p.

EISENBERG, N. Emotion, regulation, and moral development. Annual review of psychology, v. 51, n. 1, p. 665-697, 2000.

FEITOSA, H. N. et al. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 1, p. 5-14, 2013.

FERRAZZA, D. A; PERES, W. S. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. Fractal: Revista de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 17-25, 2016.

FEUERWERKER L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface, v. 2, n. 3, p. 51-72, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. et al. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002. 304 p.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. Saúde e Sociedade, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FIGUEIREDO, A. M. Ética: origens e distinção da moral. Saúde, ética & justiça, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2008.

FIGUEIREDO, A. M.; GUILHEM, D. Ética Moral. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis, v. 5, n. 1, p. 29-46, 2008.

FLANAGAN, O. Psychologie morale et éthique. Paris: PUF, 1996.

FLICK, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 405 p.

FLORES, N. C; ÁLVAREZ LIMA, S. Las licencias obligatorias y el acceso a los medicamentos esenciales para la vida. Propiedad Intelectual, v. 10, n. 14, p. 109-126, 2011.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde e Sociedade, v. 24, suppl. 1, p. 102-114, 2015.

_____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Gestão em redes. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. 362 p.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação permanente como prática. In: PINTO, S. et al. (Org.). Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 45-62.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

FREITAG, B. Itinerários de Antígona. A questão da Moralidade. 4 ed. Campinas: Ed. Papirus, 2005.

FREITAS, L. B. L. Piaget e a consciência moral: um kantismo evolutivo? Psicologia: reflexão e crítica. v. 15, n. 2, p. 303-308, 2002.

FRIGOTTO, G. Cidadania e formação técnico profissional: desafios neste fim de século. In: SILVA, L. H. et al. (Org.). Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais. Porto Alegre: Sulina, 1996. p. 137-164.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo em perspectiva, v. 14, n. 2, p. 03-11, 2000.

GALLIAN, D. M. C. A (re) humanização da medicina. Psiquiatria na prática médica, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

GARRAFA, Volnei. Bioética e ciência: até onde avançar sem agredir. Revista CEJ, v. 3, n. 7, p. 93-99, 1999.

GAUDENZI, E. N. Ética e atualidade: algumas reflexões com enfoque nos profissionais de saúde. Rev. Cien. Med e Biol., v.3, n.1, p. 139-144, 2004.

GASKELL G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) Tradução GUARESCHI PA. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 9 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. p. 64-89.

GIBBS, J. C. Toward an integration of Kohlberg's and Hoffman's moral development theories. Human development, v. 34, n. 2, p. 88-104, 1991.

GIBBS, J. C. et al. Facilitation of sociomoral reasoning in delinquents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 52, n. 1, p. 37, 1984.

GILLIGAN, C. Uma voz diferente. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982. 190 p.

GOERGEN, P. Educação moral: adestramento ou reflexão comunicativa? *Educação & Sociedade*, v. 22, n. 76, p. 147-174, 2001.

_____. Educação e valores no mundo contemporâneo. *Educação & Sociedade*, v. 26, n.92, p. 983-1011, 2005.

_____. Educação moral hoje: cenários, perspectivas e perplexidades. *Educação & Sociedade*, v. 28, n. 100, p. 737-762, 2007.

GONTIJO, E. D. Os termos 'Ética' e 'Moral'. *Mental*, v. 4, n. 7, p. 127-135, 2006.

GOMES, A. M. A.; AMORIM, R. F.; MOURA, E. R. F. *Rev. bras. educ. med.*, v. 30, n. 2, p. 56-65, 2006.

GRACIA, D. La deliberación moral, el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, v. 117, n. 1, p. 18-23, 2001.

HARE, R. M. *Ética: problemas e propostas*. São Paulo: Unesp, 2003. 252 p.

_____. *A linguagem da moral*. Tradução de Eduardo Pereira Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 220 p.

HOFFMAN, M. L. The contribution of empathy to justice and moral development. In Eisenberg, N., and Strayer, J. (eds.), *Empathy and Its Development*. New York, Cambridge University Press, 1987. p. 47-80.

HUME, D. *Enquiries concerning Human Understanding and concerning the Principles of Morals*. L. A. Selby-Bigge (Ed.). 2 ed. Oxford: Clarendon Press, 1975a.

_____. *A Treatise of Human Nature*. L. A. Selby-Bigge (Ed.). 2 ed. bOxford: Clarendon Press, 1975b.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4 ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981. 196 p.

JARES, X. *Educar para a verdade e para a esperança: Em tempos de globalização, guerra preventiva e terrorismo*. Porto Alegre: Artmed, 2005. 220 p.

KANT, I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

KOHLBERG, L. From is to ought: How to commit the naturalistic fallacy and get away with the study of moral development. In: MISCHEL, T. S. *Cognitive development and epistemology*. New York: Academic Press; 1971. 423p.

_____. *Essays on moral development. The Philosophy of Moral Development: Moral stages and the idea of justice*. Vol. 1. San Francisco: Harper & Row, 1981.

_____. Essays on moral development. The Psychology of Moral Development. Vol. 2. San Francisco: Harper & Row, 1984.

_____. Estádios morales y moralización. Enfoques cognitivos-evolutivo. Em Turiel, E. Enesco, I e Linaza, J. El mundo social de la mente infantil. Madrid. Alianza Editorial, 1989.

KOHLBERG, L.; POWER, F. C.; HIGGINS, A. La Educación Moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa Editorial, 1989.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.

LA TAILLE, Y. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006. 150 p.

LA TAILLE, Y.; MENIN, M. S. S. (Orgs.). Crise de valores ou valores em crise? Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.

LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. Summus editorial, 1992. 115 p.

LEFF, E. Epistemologia ambiental. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2006. 240 p.

LIMA VAZ, H. C., Escritos de Filosofia IV: Introdução à Ética Filosófica. São Paulo: Loyola, 1999. 483 p.

LIMA, V. A. A. De Piaget a Gilligan: retrospectiva do desenvolvimento moral em psicologia um caminho para o estudo das virtudes. Psicologia: ciência e profissão, v. 24, n. 3, p. 12-23, 2004.

LIND, G. An introduction to the moral judgment test, MJT, 1999. Disponível em: <http://www.unikonstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>.

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

_____. Moral Dilemma Discussion Revisited: The Konstanz Method. Europe's. Journal of Psychology, v. 1, n. 1, 2005a.

_____. The cross-cultural validity of the Moral Judgment Test (MJT). Confirmation of 17 Cross-Cultural Adaptations. Paper presented at the MOSAIC, Konstanz, Germany, 2005b.

_____. Moral education: building on ideals and fostering competencies. Contemporary Issues in Education, v. 2, n. 1, p. 45-59, 2011.

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

LINHARES, D. G.; SIQUEIRA, J. E.; PREVIDELLI, I. T. S. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bioética*, v. 21, n. 2, p. 291-297, 2013.

LINS, M. T.; CAMINO, C. P. Uma estratégia eficiente de educação moral. *Análise psicológica*, v. 9, p. 507-515, 1993.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986. 99 p.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 2, 2010.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. A. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Ed. Moraes, 1989. 110 p.

MARTINS, L. C.; BRANCO, A. U. Desenvolvimento moral: considerações teóricas a partir de uma abordagem sociocultural construtivista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 2, p. 1-14, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad saude publica*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MAYERNYIK, M. A.; OLIVEIRA, F. A. G. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. *Rev. bras. educ. méd*, v. 40, n. 1, p. 11-20, 2016.

MENDONÇA, A. G. República e pluralidade religiosa no Brasil. *Revista USP*, n. 59, p. 144-163, 2003.

MENIN, M. S. S. Desenvolvimento moral. In: *Cinco estudos de educação moral*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 37-104.

_____. Valores na escola. *Educação e Pesquisa*, v. 28, n. 1, p. 91-100, 2002.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço - interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

_____. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 192 p.

MERHY, E.E. et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & saúde coletiva, v. 13, Suppl 2, p. 2133-2144, 2008.

MORI, M. A bioética: sua natureza e história. Humanidades, v. 9, n. 4, p. 332-341, 1994.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000. 114 p.

MONTERO, P. Secularização e espaço público: a reinvenção do pluralismo religioso no Brasil. Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2009.

_____. Controvérsias religiosas e esfera pública: repensando as religiões como discurso. Religião & Sociedade, v. 32, n. 1, p. 167-183, 2012.

MOTA, M. E. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. Temas em psicologia, v. 13, n. 2, p. 105-111, 2005.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D. R. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. Rev. bras. educ. méd, v. 27, n. 2, p. 114-124, 2003.

NODDINGS, N. Caring: a feminine approach to ethics and moral. Berkeley: University of California Press, 1984. 236 p.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e sociedade, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista brasileira de educação médica, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 793 p.

PEDRO, A. P. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. *Kriterion: Revista de Filosofia*, v. 55, n. 130, p. 483-498, 2014.

PELBART, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003. 252 p.

PERDIGÃO, A. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Análise psicológica*, v. 21, n. 4, p. 485-497, 2012.

PERES, C. M.; ANDRADE, A. S.; GARCIA, S. B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 3, p. 203-211, 2007.

PERVIN, L. A; JOHN, O. P. *Personalidade: Teoria e Pesquisa*. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 492 p.

PIAGET, J. *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus, 1994. (Original 1932).

_____. Os procedimentos de educação moral. In: MACEDO, L. (Org.) *Cinco estudos de educação moral*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-36.

_____. *Para onde vai a educação?* 2 ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 1974. 127 p.

PIERUCCI, A. F. De olho na modernidade religiosa. *Tempo social*, v. 20, n. 2, p. 9-16, 2008.

PINHEIRO, V. P. G. et al. Preconceito, moralidade e educação moral para a diversidade. *Revista Brasileira de Educação*, v. 16, n. 46, p. 215-233, 2011.

PUIG, J. M. R. *A construção da personalidade moral*. Tradução L. Guimarães Barros e R. Carmolina Alcarraz. São Paulo: Ática, 1998 (Original publicado em 1996).

_____. *Práticas morais: uma abordagem sociocultural da educação moral*. São Paulo: Moderna, 2004. 200 p.

QUEIROZ, S. S.; RONCHI, J. P; TOKUMARU, R. S. Constituição das regras e o desenvolvimento moral na teoria de Piaget: uma reflexão Kantiana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 1, p. 69-75, 2009.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Rev. Cienc. Soc.*, v. 1, n. 2, p. 27-57, 2006.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. *Em busca do sentido da obra de Jean Piaget*. São Paulo: Ática, 1984. 118 p.

RAPPAPORT, C.R. Modelo Piagetiano. In: RAPPAPORT, C. R. [Coord.] Psicologia do Desenvolvimento: Teorias do Desenvolvimento, Conceitos Fundamentais, Vol. 1. EPU, 1981, p. 51-75.

REGO, S. T. A. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão. Rio de Janeiro, Mestrado [Dissertação] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

REGO, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 169 p.

_____. Diretrizes curriculares para os cursos médicos: e a educação moral. Caderno de currículo e ensino, v. 2, n. 4, p. 25-32, 2001.

_____. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 395-396, 2011.

REGO, S.; PALACIOS, M. Ética e democracia em tempos de crise. Saúde em Debate, v. 40, p. 63-72, 2016.

_____. Contribuições para planejamento e avaliação do ensino da bioética. Rev. Bioét. (Impr.), v. 25, n. 2, p. 234-243, 2017.

REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 482-91, 2008.

REGO, S.; PALACIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 160 p.

RENAUD, M. Os valores num mundo em mutação. Lisboa (PT): Brotéria, p. 299-322, 1994.

REST, J. et al. Post-conventional moral thinking: a neo-kohlbergian approach. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad. saúde pública, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, 2006.

RICOEUR, P. Ética e Moral. Leituras 1: em torno ao político. São Paulo: Loyola, 1995.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev bras educ med, v. 33, n. 2, p. 253-61, 2009.

RIQUE, J.; CAMINO, C. Consistency and inconsistency in adolescents' moral reasoning. International Journal of Behavioral Development, v. 21, n. 4, p. 813-836, 1997. [

ROCHA, D. M. Bioética: é possível guiar-se por regras ou um particularismo moral é inevitável?. *ethic@-An international Journal for Moral Philosophy*, v. 9, n. 3, p. 15-27, 2012.

SANTOMÉ, J. T. *O curriculum oculto*. Porto: Porto Editora, 1995. 219 p.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 374 p.

SCHILLINGER, M. *Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries*. Aachen, Germany: Shaker Verlag, 2006.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

_____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. 254 p.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. L. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001a.

_____. Bioética y biotecnología: lo humano entre dos paradigmas. *Acta Bioethica*, v. 7, n. 2, p. 259-267, 2001b.

SENNETT, R. *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. 317 p.

SHWEDER, R. A. In defense of moral realism: Reply to Gabennesch. *Child Development*, v. 61, n. 6, p. 2060-2067, 1990.

SILVA, T. T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 146 p.

SIMPSON, E. L. Moral development research: a case study of scientific cultural bias. *Human development*, v. 17, n. 2, p. 81-106, 1974.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

SOUZA, W. S. A saúde pelo avesso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 1082-1083, 2004.

SOUZA, J. F. V.; DUTRA, T. A. H. Alteridade e Ecocidadania: uma ética a partir do limite na interface entre Bauman e Lévinas. *Cadernos de Direito*, v. 11, n. 20, p. 7-22, 2011.

SOUZA, L. L.; VASCONCELOS, M. S. Juízo e ação moral: desafios teóricos em psicologia. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 343-352, 2009.

TAVARES, C. H. F. et al. O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.3, p.245-253, 2007.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

TESSER, C. D.; BARROS N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n. 5 p. 914-920, 2008.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

_____. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p.1-8, 2005.

TURIEL, E. *The culture of morality: Social development, context, and conflict*. Cambridge University Press, 2002. 336 p.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 202 p.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 765-771, 2008.

WHO - World Health Organization. *Defining Sexual Health: Report on technical consultation on sexual health - 2002 (Sexual Health Document Series)*. Geneva, Switzerland, 2006.

WILLIGES, F. Agentes morais e a identidade da filosofia de Hume. *Kriterion: Revista de Filosofia*, v. 52, n. 124, p. 397-415, 2011.

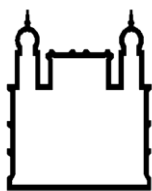
VALLS, A. L. M. *O que é ética*. 8 ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. 82 p.

VÁZQUEZ, A. S. *Ética*. Tradução João Dell` Anna. 19 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 304 p.

VIDAL, A. S. *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós, 1999. 221 p.

VINHA, T. P.; TOGNETTA, L. R. P. Construindo a autonomia moral na escola: os conflitos interpessoais e a aprendizagem dos valores. *Revista Diálogo Educacional*, v. 9, n. 28, p. 525-540, 2009.

ANEXO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“J profissionais de saúde: uma análise a partir de dilemas éticos relacionados à vida”**, desenvolvida por Flávia Orind Ferreira, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Sergio Rego pesquisador da ENSP/FIOCRUZ.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSPObjetivo da pesquisa:

O objetivo central do estudo é: analisar os argumentos utilizados pelos profissionais de saúde em suas decisões frente a dilemas éticos relacionados ao valor da vida.

Participantes da pesquisa:

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa por ser um profissional de saúde que está cursando o primeiro semestre da residência e exercendo suas atividades na assistência direta ao paciente.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Confidencialidade e Privacidade:

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Sendo assim, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Identificação do participante ao longo da pesquisa:

Não serão divulgados os nomes de quem aceitou participar, ou seja, nenhuma resposta dada à entrevistadora será identificada. Entretanto, como o número de entrevistados poderá ser

pequeno existe a possibilidade de algum dos entrevistados ser identificado por quem conheça suas opiniões sobre a temática estudada.

Procedimentos utilizados na pesquisa:

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a perguntas de um roteiro de entrevista dizendo o que pensa a respeito dos dilemas éticos apresentados e quais suas concepções sobre os conflitos dessa natureza. Se você autorizar, a entrevista será gravada e posteriormente transcrita.

Tempo de duração da entrevista:

O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Guarda dos dados coletados na pesquisa:

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Benefícios da pesquisa:

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a aquisição de novos conhecimentos sobre o que pensam os profissionais de saúde sobre os dilemas éticos apresentados. Poderemos ainda vislumbrar a implementação de espaços voltados para as discussões sobre dilemas morais, possibilitando um maior desenvolvimento moral dos indivíduos.

Riscos ou desconfortos:

Os riscos relacionados a participação nesta pesquisa estão relacionados, sobretudo, àqueles que ao refletirem e falarem sobre o tema durante a entrevista venham a se sentir constrangidos e/ou desconfortáveis. Nesse caso, eles poderão interromper a até mesmo se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejarem.

Divulgação dos resultados da pesquisa:

Os resultados da pesquisa serão utilizados para redação da tese de doutorado e poderão ser divulgados em publicações científicas, congressos afins, em palestras dirigidas ao público participante e em relatórios individuais para os entrevistados, se assim desejarem.

Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que receberei uma cópia do presente Termo de Consentimento, elaborado em duas vias, sendo a outra via arquivada pelo pesquisador.

Em caso de dúvidas, por favor, entre em contato com a pesquisadora Flávia Orind Ferreira, aluna de doutorado da ENSP/FIOCRUZ, através do telefone: (21) 99797-1476, email flavia_of@yahoo.com.br ou compareça à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 9º andar, sala 919. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos

participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Se desejar também, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879 e-mail: conep@saude.gov.br

Nome do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Nome do participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)