

Competência de Juízo Moral dos Estudantes de Medicina: um Estudo Piloto

Moral Judgment Competence of Medical Students: a Pilot Study

Helvécio Neves Feitosa^I
Sergio Rego^{II}
Patricia Bataglia^{III}
Guilhermina Rego^{IV}
Rui Nunes^{IV}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Educação de Graduação em Medicina;
- Estudantes de Medicina;
- Desenvolvimento Moral.

KEYWORDS:

- Education, Medical;
- Education, Medical, Undergraduate;
- Students, Medical;
- Moral Development.

RESUMO

Os autores realizaram estudo de corte transversal para avaliar a competência de juízo moral, com a aplicação do Moral Judgment Test (MJT) proposto por Lind, entre estudantes do primeiro e do oitavo semestre de uma escola médica na Região Nordeste do Brasil. Compararam-se as turmas do primeiro e do oitavo semestre com relação ao escore C e avaliou-se a influência de fatores como idade e sexo sobre a competência moral. Uma diferença igual ou superior a 5,0 pontos (absolute effect-size) entre os valores do escore C foi considerada significativa. Observou-se regressão da competência de juízo moral entre os alunos do oitavo semestre com relação aos do primeiro semestre (escore C 20,5 x 26,2 pontos, respectivamente). Na análise do desempenho dos alunos por dilemas do MJT, observou-se o fenômeno da “segmentação moral” em ambas as turmas, com melhor desempenho dos alunos no dilema do operário com relação ao dilema do médico. Entre alunos do mesmo semestre, aqueles com idade mais avançada apresentaram níveis mais baixos de escore C quando comparados aos alunos mais jovens. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres com relação à competência de juízo moral. A constatação de que ocorre estagnação ou regressão da competência de juízo moral no transcurso da graduação médica deve ser motivo de preocupação para os professores e para os responsáveis pelo planejamento curricular, no sentido de buscar estratégias para reverter o quadro.

ABSTRACT

The authors conducted a cross-sectional short-term study using Lind’s Moral Judgment Test (MJT) to compare the moral judgment competence (C-score) among students in the first and eighth semesters from a medical school in the Northeast region of Brazil. This study also evaluated the influence of such factors as age and gender on moral competence. A difference equal to or greater than 5.0 points (absolute effect-size) on the C-score was considered significant. A regression of moral judgment competence among the students in their eighth semester in relation to the students in the first semester (C-score: 20.5 and 26.2 points, respectively) was observed. In the analysis of the students’ performances in terms of MJT dilemmas, the phenomenon of “moral segmentation” was observed in both semesters, and the students performed better on the worker’s dilemma than on the doctor’s dilemma. Among students in the same semester of study, older students had lower C-scores. When comparing performance by gender, there was no significant difference between men’s and women’s C-scores. The finding of regression or stagnation in moral competence among the medical students demands deep reflection by those who work with the political-pedagogical projects of medical schools and by the entire faculty, in order to seek strategies to reverse this condition.

Recebido em: 15/10/2012

Aprovado em: 02/12/2012

^I Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil; Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; Universidade do Porto, Porto, Portugal.

^{II} Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{III} Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, SP, Brasil.

^{IV} Universidade do Porto, Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

Os resultados da moderna investigação científica no campo da moralidade sugerem a existência de capacidades morais que, de fato, podem ser observadas e medidas e que, ademais, são de grande relevância para o comportamento humano. Durante muito tempo se acreditou que moral e democracia eram só uma questão de atitude e valoração, ou seja, bastaria querer ser moral ou democrático para sê-lo. Hoje se sabe que isto não é certo. Uma conduta moral-democrática madura depende não só dos ideais morais ou democráticos de uma pessoa, mas também, sobretudo, de sua capacidade (ou competência) para aplicar de maneira consistente e detalhada esses ideais na vida cotidiana. Já não se encontra guarida para a suposição, ainda hoje amplamente difundida, de que o comportamento “imoral” é gerado exclusivamente pela falta de atitudes e valores morais e que, por isso, nós deveríamos concentrar a educação moral de maneira predominante ou, como alguns pensam, exclusivamente na transmissão de valores sociais¹.

A moral, a democracia e a educação estão intimamente ligadas. As democracias modernas se apoiam na ideia de que a convivência entre as pessoas é regulada por elas mesmas, com base em princípios morais com os quais todos se acham comprometidos. A democracia é essencialmente uma instituição moral. Por seu turno, a moral moderna é democrática, ou seja, ela não é um instrumento complacente em mãos de uma classe dominante, como parece em conceitos como moral sexual, maioria moral ou dupla moral¹. Os princípios morais constituem a melhor base, aceita por todos, para as possíveis soluções de conflitos, sem violência, orientadas ao entendimento e à justiça².

Por essas questões, em uma democracia, a educação deve assumir uma tarefa muito especial, que é a formação dos princípios necessários para o bem-estar social geral e para a solução de conflitos sem violência. A formação geral em uma democracia não se pode esgotar na transmissão de conhecimentos e capacidades técnicas, que são de importância inquestionável para o bem-estar social, mas deve compreender também o fomento de capacidades morais e democráticas¹.

A qualidade e a quantidade da educação têm sido reconhecidas como o maior fator na promoção da competência de juízo moral, definida por Kohlberg³ como “a capacidade de tomar decisões e julgamentos que são morais [i.e., baseados em princípios internos] e de agir de acordo com tais julgamentos” (p. 425). Apesar de alguns enfatizarem o papel da educação superior como fomentadora do desenvolvimento moral, há questionamentos quanto à sua eficácia quando aplicada aos estudantes de Medicina e de outras áreas. Os resultados de pesquisas empíricas são discordantes neste as-

pecto, ao mostrarem aumento discreto, estagnação ou mesmo regressão do raciocínio moral na escala de Kohlberg ou na mensuração da competência de juízo moral proposta por Lind^{4,8}. Um dos aspectos a ser considerado é a utilização de instrumentos de mensuração diferentes, como o *MJI* de Kohlberg⁹, o *DIT (Defining Issue Test)*¹⁰, o *DIT-II*¹¹ e o *SROM (Sociomoral Reflection Objective Measure)*¹². Para Lind¹, tais instrumentos avaliam as preferências por argumentos de princípios considerados mais importantes, com possibilidade de simulação, e as supostas “capacidades” morais podem ser transmitidas, de forma que se ensine diretamente aos alunos quais são os melhores argumentos e quais os menos apropriados. Portanto, não avaliam realmente uma capacidade, senão uma mera atitude ou valoração. As capacidades (ou competências) não se podem simular facilmente nem ensinar como instruções diretas.

A preocupação com o desenvolvimento da moralidade dos estudantes de Medicina e a importância do tema na prática médica nos motivaram a desenvolver esta pesquisa, com o objetivo de comparar a competência de juízo moral entre os estudantes que iniciam o curso de Medicina e aqueles que concluem o currículo formal que precede o estágio de internato médico, bem como a influência de fatores, como idade e gênero, na competência moral.

MÉTODO

Desenho da pesquisa

Estudo de corte transversal, descritivo, que consistiu na aplicação de questionário (*Moral Judgment Test, MJT*), tendo como público-alvo todos os alunos do primeiro e do oitavo semestre (último semestre pré-internato médico) de uma escola médica localizada na Região Nordeste do Brasil, no segundo semestre de 2010.

Variáveis dependentes

Aspecto cognitivo: a competência de juízo moral foi mensurada pelo *MJT* e expressa pelo valor do escore *C*, conforme proposto pela teoria do duplo-aspecto de Lind¹. Foi utilizada a versão do *MJT* validada para a língua portuguesa do Brasil em 1998¹³.

Variáveis independentes

- Sujeitos de pesquisa: todos os alunos do primeiro semestre ($n = 58$) e do oitavo semestre ($n = 55$) do curso médico;
- Tipo de instituição: instituição competitiva. Instituições competitivas são aquelas que apresentam mais de dez candidatos para uma vaga nos testes de admissão^{14,15};

c) Tempo de aprendizagem: mudanças entre o primeiro e o oitavo semestre de estudo, em turmas diferentes;

d) Idade: avaliada a sua influência entre os alunos do mesmo semestre. Os alunos foram agrupados em faixas etárias;

e) Sexo: avaliada a sua influência entre estudantes do mesmo semestre e no conjunto de alunos das duas turmas.

Instrumento

Foi utilizado o *MJT*, teste desenvolvido para medir simultaneamente a competência de juízo moral e atitudes morais¹⁶. O instrumento criado por Lind deriva da sua teoria do duplo-aspecto do julgamento moral e tem por base abordagens cognitivo-estrutural e experimental de mensurações psicológicas¹⁵. A versão padrão do *MJT* contém duas histórias curtas: o dilema do operário, que trata de uma violação da lei, na qual se devem reunir provas de escuta ilegal de conversações; o dilema do médico (ou da eutanásia), na qual o médico está frente à decisão de tornar possível a morte de uma mulher que tem uma enfermidade terminal e deseja morrer.

Com a aplicação do *MJT*, cria-se uma tarefa moral na qual podemos distinguir três níveis de dificuldade para o sujeito da pesquisa. O nível menor de dificuldade do *MJT* é ir além das simples opiniões e lidar com os argumentos propriamente ditos. O segundo nível de dificuldade é reconhecer que os argumentos diferem com relação à sua qualidade moral. As pessoas com pouca competência ou capacidade em matéria de raciocínio moral aceitam todos os argumentos a favor da opinião que elegeram, sem fazer distinção alguma. O desenvolvimento de suas competências torna-se visível somente quando passam a aceitar alguns argumentos a favor da sua opinião em menor grau, ou inclusive a rechaçá-los, porque representam um princípio ou orientação moral inadequada. O terceiro e maior nível de dificuldade para os participantes é fazer um julgamento diferenciado dos argumentos opostos à sua opinião sobre o dilema. A maioria das pessoas não consegue cumprir esta tarefa¹⁶. As pessoas que se encontram nos níveis mais baixos de competência democrática defendem com tanta força suas opiniões sobre temas políticos e morais, que seus ideais e princípios morais não têm repercussão sobre o seu comportamento. Suas opiniões parecem estar tão profundamente arraigadas em suas emoções e reforçadas por seu ambiente social (e os meios de comunicação de massa a que se expõem), que suas próprias orientações morais resultam suprimidas. Somente quando os processos cognitivos de mais alto nível se encontram desenvolvidos, como a deliberação e o discurso, as pessoas são capazes de raciocinar e se comportar de acordo com seus próprios princípios morais e democráticos.

Medida da competência moral: aspecto cognitivo (escore C)

O *MJT* contrasta acentuadamente e em muitos aspectos com os instrumentos psicométricos tradicionais¹⁷. Com o *MJT*, a unidade de estudo é a pessoa individual e não as respostas de uma amostra de pessoas¹⁶.

Para obter um valor (ou índice) da capacidade de decisão moral de uma pessoa, se analisa estruturalmente todo o seu “modelo de decisão”, que se compõe de 24 decisões individuais. Depois se examina o modelo de decisão para saber em que medida a pessoa se orientou durante a preferência pela qualidade moral dos argumentos apresentados (ou seja, valorar os bons argumentos em detrimento dos maus argumentos) ou pelo fato de que os argumentos estavam de acordo com a sua própria opinião ou contrários a ela. O valor do teste (escore C: competence) foi construído de tal forma que é zero quando o entrevistado não faz absolutamente nenhuma diferença entre os argumentos, senão pelo fato de aceitar todos sem distinção quando correspondem à sua própria opinião e os rechaçar sem distinção se vêm de um opositor (ou posição contrária à sua), e máximo (100) quando o pesquisado avalia os argumentos segundo sua qualidade moral. O escore C é classificado de acordo com o seu valor em: baixo, 1 a 9; médio, 10 a 29; alto, 30 a 49; e muito alto, acima de 50^{18,19}. O *MJT* é concebido como um experimento multivariado, com desenho ortogonal dependente 6 x 2 x 2, no qual os três fatores do desenho são ortogonais ou não correlacionados. O escore C é calculado analogicamente à análise multivariada de variância (Manova)¹⁹. Neste estudo, o cálculo do escore C foi feito em planilha Excel. Para avaliar a diferença entre grupos com relação ao escore C, na escala de 100 pontos do *MJT*, considerou-se a diferença de médias de duas medidas (absolute effect-size – AES) maior que 5% como significativa (> 5 pontos) e maior que 10% como muito significativa¹⁵. No desempenho dos alunos quanto aos escores C por dilemas, considerou-se o fenômeno da “segmentação moral” quando a diferença entre as médias dos escores dos dois dilemas foi maior que 5 pontos.

Procedimento

O *MJT* foi aplicado no primeiro mês do primeiro semestre e no último mês do oitavo semestre (último semestre pré-internato médico), em sala de aula, antes do início da aula. Foi feita uma breve apresentação aos participantes, sendo esclarecidos os objetivos da pesquisa e fornecidas orientações de como preencher o instrumento, bem como a coleta de outras informações em protocolo anexo ao *MJT*: idade, sexo e semes-

tre. Não houve pressão quanto ao tempo de preenchimento do questionário, conforme recomenda Lind¹, e este ocorreu em tempo que variou de 15 a 30 minutos.

Aspectos éticos

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 0166.0.037.000-10), e os alunos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo as recomendações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos na pesquisa com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

Avaliação da competência de juízo moral

A competência de juízo moral dos estudantes de Medicina do primeiro semestre foi superior à dos estudantes do oitavo semestre (Tabela 1). Com relação ao desempenho por dilemas, observou-se que ambas as turmas tiveram desempenho semelhante no dilema do trabalhador. No dilema do médico (ou da eutanásia), a turma do primeiro semestre teve melhor desempenho. Houve diferença de desempenho de ambas as turmas em relação aos dois dilemas, sendo observado o fenômeno da “segmentação moral”, pois ambas apresentaram melhor desempenho no dilema do trabalhador.

TABELA 1

Influência do semestre na competência de juízo moral global (escore C) e por dilemas entre estudantes de Medicina, escola médica da Região Nordeste do Brasil, 2011

Semestre	N (%)	Competência de juízo moral		
		C-operário	C-médico	escore C
1	58 (100,0)	44,0	33,8	26,2
8	55 (100,0)	42,4	28,0	20,5

Influência da idade na competência moral

Ao se considerar a idade entre alunos do mesmo semestre, observou-se a seguinte distribuição para os alunos do primeiro semestre: 17 anos, 9 alunos; 18 anos, 20; 19 anos, 9; 20 anos, 10; 22 anos, 2; 23 anos, 2; 24 anos, 2; 25 anos, 3; 26 anos, 1. Para os alunos do oitavo semestre, tivemos a seguinte distribuição: 21 anos, 10 alunos; 22 anos, 10; 23 anos, 7; 24 anos, 17; 25 anos, 6; 26 anos, 4; 27 anos, 1. Para efeito de análise, os alunos de ambos os semestres foram agrupados em faixas etárias (Tabela 2).

TABELA 2

Influência da idade na competência de juízo moral global (escore C) e por dilemas em cada semestre entre estudantes de Medicina, escola médica da Região Nordeste do Brasil, 2011

Semestre / Idade	N (%)	Competência de juízo moral		
		C-operário	C-médico	escore C
Semestre 1				
Idade (anos)				
17 – 18	29 (50,0)	51,9	37,0	30,1
19 – 20	19 (32,8)	35,4	30,5	21,4
≥ 21	10 (17,2)	37,4	30,7	23,9
Total	58 (100,0)	44,0	33,8	26,2
Semestre 8				
Idade (anos)				
21 – 22	20 (36,4)	38,5	39,0	22,5
22 -24	24 (43,6)	44,7	21,1	20,9
≥ 25	11 (20,0)	44,3	23,3	15,9
Total	55 (100,0)	42,4	28,0	20,5

Conforme se pode observar, no primeiro semestre, os alunos mais novos (17 a 18 anos) apresentaram maior competência moral. Nas outras duas faixas etárias, não houve diferença significativa de desempenho. Na análise do desempenho por dilemas, os alunos da faixa etária inicial apresentaram melhor desempenho para ambos os dilemas, porém o fenômeno da “segmentação moral” foi observado, com melhor desempenho para o dilema do trabalhador com relação ao dilema do médico.

Dentre os alunos do oitavo semestre, os mais jovens (das duas primeiras faixas etárias) apresentaram melhor desempenho com relação aos mais velhos (> 25 anos). Quanto ao desempenho por dilemas, o grupo da primeira faixa etária não apresentou o “fenômeno da segmentação”, que foi observado nas duas outras faixas de idade. Com relação ao dilema do trabalhador, os alunos mais jovens (até 22 anos) foram os que apresentaram o pior desempenho, e os das demais faixas etárias tiveram desempenho semelhante, acontecendo o inverso para o dilema do médico.

Influência de gênero na competência de juízo moral

Na análise desta variável, dentre os 58 alunos do primeiro semestre, 40 eram mulheres e 18 eram homens. Na turma do oitavo semestre, dentre 55 alunos, 26 eram mulheres e 29 eram homens. Ao se avaliar a influência do gênero na competência de juízo moral entre homens e mulheres dos dois semestres

considerados, a diferença em favor dos homens quanto ao escore C não foi significativa. No desempenho por dilemas, observou-se o “fenômeno da segmentação” tanto entre os homens quanto entre as mulheres, com pior desempenho de ambos os gêneros com relação ao dilema do médico, particularmente das mulheres, o que repercutiu no escore C global com tendência favorável aos homens (Tabela 3). Ao analisar ambas as turmas em separado, os homens apresentaram desempenho superior ao das mulheres quanto ao escore C: semestre 1 (29,1 x 24,8); semestre 8 (23,4 x 17,3), e esta diferença esteve relacionada particularmente ao desempenho quanto ao dilema do médico: semestre 1 (36,1 x 32,8); semestre 8 (33,3 x 22,3). No dilema do operário, observou-se desempenho semelhante entre homens e mulheres: semestre 1 (44,5 x 43,8); semestre 8 (41,6 x 43,2).

TABELA 3

Influência do gênero na competência de juízo moral global (escore C) e por dilemas entre alunos do primeiro e do oitavo semestre de Medicina, escola médica da Região Nordeste do Brasil, 2011

Gênero	N (%)	Competência de juízo moral		
		C-operário	C-médico	escore C
Semestre 1 + semestre 8				
Mulheres	66 (58,4)	43,5	28,6	21,9
Homens	47 (41,6)	42,7	34,4	25,6
Total	113 (100,0)	43,2	31,0	23,4

DISCUSSÃO

A competência de juízo moral dos estudantes de Medicina

Nesta pesquisa, observou-se decréscimo na competência de juízo moral entre os estudantes que concluíram a grade curricular que precede o estágio de internato médico com relação aos estudantes que iniciaram o curso de Medicina (- 5,7 pontos) (Tabela 1). Este achado vai ao encontro do que tem sido observado por outros autores com o emprego do *MJT*^{6,15,7}.

O desenvolvimento da competência moral entre estudantes de Medicina tem sido objeto de vários estudos. Self *et al.*⁴, utilizando o instrumento proposto por Kohlberg (*MJI*), verificaram que não houve diferença no desenvolvimento moral entre alunos do primeiro e do quarto ano de Medicina. Posteriormente, ainda nos anos 1990, Self e colaboradores realizaram uma síntese de vários estudos de corte transversal e

longitudinal sobre os efeitos da educação médica no desenvolvimento moral dos estudantes^{5,20}. A maioria destas pesquisas comparou estudantes do primeiro e do quarto ano, algumas, do primeiro e terceiro ano, e uma, do primeiro e quinto ano. Todos os estudos foram conduzidos nos Estados Unidos e no México. O desenvolvimento moral foi pesquisado utilizando-se o *MJI*, o *DIT* ou o *SROM*. Em geral, os estudos não detectaram alterações ou apenas aumento insignificante do desenvolvimento moral ao longo do curso médico. Os autores concluem, com base nesses estudos, que a educação médica não contribui para o desenvolvimento moral dos alunos⁵.

Em outra pesquisa, Self *et al.*²¹ descreveram um estudo de intervenção com a utilização do *DIT*, com discussão de dilemas éticos em pequenos grupos e verificaram que houve aumento estatisticamente significativo dos escores de raciocínio moral entre os estudantes que discutiram por 20 ou mais horas. Os autores ressaltam a discussão de dilemas éticos em pequenos grupos como uma forma de incrementar o desenvolvimento moral dos alunos, embora alertem para as dificuldades de implantar tal metodologia na grade curricular. O mesmo grupo realizou outra pesquisa, com a utilização do *DIT* aplicado no início e no final do primeiro semestre (após um curso em ética médica) e ao final do quarto ano do curso de Medicina, verificando que houve ganho significativo do índice *P* (que expressa a percentagem de respostas escolhidas que refletem os estágios mais elevados de raciocínio moral) entre o início e o final do primeiro semestre (+ 6,0 pontos) e discreto ganho entre o final do primeiro semestre e o final do quarto ano (+ 2,8 pontos)²².

Georg Lind⁶, utilizando o *MJT*, realizou estudo longitudinal que avalia a competência de juízo moral dos estudantes de Medicina e de outras áreas em quatro momentos: primeiro, quinto, nono e 13º semestre, quando vários deles já haviam concluído a graduação ou o internato. Ao considerar os dados apenas dos estudantes que completaram as quatro etapas da pesquisa (104 estudantes de Medicina e 604 estudantes de outras áreas), o autor observou queda significativa da competência moral dos estudantes de Medicina entre o primeiro e o quinto semestre, com discreta queda adicional entre o quinto e o nono. Esta regressão foi só parcialmente recuperada entre o nono e o 13º semestre. Dentre os estudantes de outras áreas, o autor verificou incremento significativo da competência moral entre o primeiro e o quinto semestre, seguido de discreta queda entre o quinto e o nono, e novo aumento entre o nono e o 13º semestre. Uma das explicações que o autor propõe com relação aos estudantes de Medicina é que eles apresentam o fenômeno de “efeito de teto” (*ceiling effect*), ou seja, os escores de competência e de atitude dos estudantes ao iniciarem o curso

já são tão elevados que não há como elevá-los mais ao longo do curso. Lind considera que este aspecto deve ser verdadeiro apenas parcialmente com relação ao componente afetivo (atitude). Por outro lado, quanto à competência moral, a estagnação do escore C não pode ser explicada pelo *ceiling effect*, ou seja, os estudantes podem melhorar a competência. Ainda de acordo com o autor, os estudantes de Medicina, comparados com estudantes de outras áreas, se queixam de que seus professores enfatizam intensivamente as tarefas de casa, um conteúdo curricular muito sobrecarregado e conhecimento médico factual, mas oferecem pouco ou nada para fazer entender os princípios que subjazem a tal conhecimento, o pensamento crítico e o despertar de interesse por temas políticos e sociais.

Ao utilizar o *MJT* e o *Origin/u* (*Questionnaire for opportunities of role-taking and guided reflection at the University*), Schillinger¹⁵ comparou 618 estudantes brasileiros com 531 estudantes de dois países de língua alemã (Alemanha e Suíça), que estavam no primeiro e no último ano dos cursos de Psicologia, Administração e Medicina. A autora estudou a relação entre o ambiente de ensino superior e desenvolvimento moral, com o objetivo de esclarecer, em particular, as contribuições das oportunidades de *role-taking* e *guided reflection* para a promoção da competência de juízo moral e de discurso^{15,23}. Dentre os estudantes de Medicina do Brasil, houve decréscimo nos níveis de competência moral (valor de escore C) de - 12,4 pontos e de - 4,8 entre estudantes de uma das universidades de língua germânica, não se observando queda do escore C entre estudantes de outra universidade de língua germânica. Em Psicologia, a autora relata ganho significativo da competência moral em universidades competitivas no Brasil (e perda de 1,5 ponto em universidades não competitivas) e discreto ganho dentre os alunos de língua germânica entre o primeiro e último ano do curso. Uma possível explicação para isso foi que os estudantes de Psicologia de língua alemã relataram um ambiente favorável e alto envolvimento com oportunidades de *role-taking* e *guided reflection* desde o primeiro ano de estudo. Dentre os alunos do curso de Administração, houve queda da competência moral no Brasil e ganho entre os alunos de língua germânica. A autora ressalta que os seus achados dão suporte à “*Bildungstheorie*”, que vai de encontro aos postulados de Kohlberg e de Piaget quando afirmam que o desenvolvimento da moral é invariavelmente para frente, sem regressão. A “*Bildungstheorie*” propõe que a competência moral progride à medida que é favorecida por formas institucionalizadas de educação. A regressão ou estagnação pode ocorrer quando os indivíduos não são estimulados pelo contexto social em seus processos de discurso. A regressão da competência de juízo moral entre estudantes de Medicina e de Administração esta-

ria relacionada a ambientes de aprendizagem desfavoráveis (*unfavorable learning environment*), com envolvimento insuficiente em oportunidades de *role-taking* e *guided reflection*.

De acordo com Rego²⁴, “O indivíduo em sua em sua socialização profissional não é mero objeto a ser moldado conforme as vontades e preceitos da sua futura corporação, mas também sujeito ativo desse processo, isto é, ator” (p. 59). Haveria uma perda do idealismo à medida que os estudantes avançam em seus estudos, e o cinismo costuma ser identificado como um dos efeitos da educação médica, caracterizado pelo desenvolvimento nos estudantes de uma “preocupação desinteressada” pelo paciente.

Os estudantes de Medicina têm que lidar com muito estresse relacionado à vasta quantidade de informações que têm que aprender. Há uma sobrecarga de trabalho exagerada e pouco ou nenhum tempo para reflexão, discussões ou mesmo atividades de leitura. São também submetidos a excessivo número de avaliações. Schillinger¹⁵ refere em sua pesquisa que 76% dos estudantes de Medicina no Brasil e os de língua germânica relataram que seus professores davam prioridade à memorização e reprodução dos conteúdos de aprendizagem, o que acrescenta mais evidências ao fato de que eles estavam sob influência do currículo tradicional, no qual os estudantes têm um papel passivo no processo de ensino-aprendizagem. Em acréscimo, a autora relata que apenas 16% dos estudantes referiram que os métodos de ensino dos professores estimulavam a comunicação, discussão e análise crítica.

Em outro estudo de corte transversal e descritivo com estudantes de Medicina, com a utilização do *MJT*, comparando estudantes do segundo, quarto, sexto, oitavo e décimo semestres, os autores observaram que houve queda estatisticamente significativa do escore C relacionada ao número de semestres de estudo, sendo de 29,7 pontos no segundo, 28,5 no quarto, 22,9 no sexto, 24,9 no oitavo e 23,6 no décimo⁷.

O fenômeno da segmentação moral

Nesta pesquisa, observou-se também desempenho diferenciado (“segmentação moral”) dos estudantes dos dois semestres avaliados com relação aos dois dilemas do *MJT*, com valores de escore C mais elevados para o dilema do operário e inferiores para o dilema do médico (Tabela 1).

Os estudos sobre competência moral dos estudantes no Brasil mostram que nossos estudantes têm competência moral mais baixa quando comparados com estudantes europeus e dos Estados Unidos^{6,25,26,15,13}. Na análise deste problema, chegou-se à conclusão de que a queda da competência moral dos brasileiros está conectada a um interessante fenômeno: eles apresentam diferentes níveis de competência moral de

acordo com o tipo de dilema do *MJT*. Este mesmo fenômeno também foi observado por Moreno²⁷ entre estudantes mexicanos, mas não descrito em estudos em outras culturas. Para esclarecer o fenômeno, realizou-se uma segmentação da avaliação e passou-se a avaliar os dois dilemas que compõem o teste separadamente (*split half*). Como resultado, observou-se que no dilema da eutanásia os índices eram muito baixos e no dilema do trabalhador os índices eram equivalentes aos da Europa, ficando evidenciada uma falta de equivalência entre os testes¹³.

Esta constatação tem sido investigada de várias formas, e algumas reflexões podem ser feitas, porém sem uma resposta plenamente satisfatória^{28,29,15}. Na visão de Lind³⁰, a segmentação do juízo moral mostra que o escore C não reflete apenas a competência individual e a dificuldade em executar a tarefa, mas também a poderosa influência dos agentes sociais, como a igreja, as instituições militares e outras. Os pesquisadores brasileiros testaram a religiosidade como fator importante para a segmentação moral e foi observada correlação significativa entre baixos valores de C no dilema da eutanásia e uma filiação religiosa significativa^{28,29,15}. Para Bataglia¹³, não se trata de culpar a religiosidade pelos baixos resultados no desenvolvimento da competência moral, mas cabe refletir a respeito do tipo de relação que se estabelece com a autoridade. Em estudo comparativo entre sociedades protestantes e católicas (Rangel Hinojosa *apud* Moreno²⁷), a autora salienta que as sociedades que adotaram a reforma luterana aprenderam como ter acesso e como interpretar os textos sagrados sem mediação, de maneira autônoma, enquanto as sociedades contrarreformistas mantiveram tradições baseadas na autoridade do papa como única fonte autorizada para ler e interpretar a Bíblia.

Influência da idade na competência moral

A influência da idade sobre a competência moral tem sido motivo de alguns estudos com o emprego do *MJT*^{15,7}. Os dados desta pesquisa mostraram que, entre os alunos do primeiro semestre, aqueles mais novos tiveram valor de C mais elevado com relação às outras duas faixas de idade (Tabela 2). Na turma do oitavo semestre, os mais novos também apresentaram maior competência de juízo moral com relação aos da faixa etária mais velha. Em uma das pesquisas com a utilização do *MJT*⁷, verificou-se queda significativa do escore C relacionada à idade, o que não foi verificado por Schillinger¹⁵. Vale ressaltar que, nos estudos acima mencionados, a variável idade foi avaliada entre alunos de semestres diferentes.

Em nossa visão, para excluir a influência do ambiente universitário (inclusive do currículo oculto), a análise desta variável se torna mais apropriada quando feita entre estudan-

tes do mesmo semestre. É provável que a menor competência de juízo moral entre estudantes mais velhos faça parte de um processo de erosão da competência moral, decorrente da exposição mais prolongada a fatores sociais e a ambientes “desfavoráveis”. Esta conjectura necessita de mais pesquisas para esclarecimento.

Influência do gênero na competência moral

Ao se avaliar a influência de gênero na competência moral dos estudantes de Medicina, ao se considerar o conjunto dos alunos das duas turmas, observou-se que a diferença encontrada em favor dos homens não foi significativa (+ 3,7 pontos) (Tabela 3). Houve desempenho inferior das mulheres quanto ao escore C na turma do oitavo semestre (- 6,1 pontos) e uma diferença não significativa na turma do primeiro semestre (- 4,3 pontos). Foi interessante constatar que para o dilema do operário o desempenho entre homens e mulheres foi semelhante nas duas turmas (44,5 x 43,8 e 41,6 x 43,2) e o que se diferenciou foi o desempenho com relação ao dilema do médico (36,1 x 32,8 e 33,3 x 22,3), particularmente na turma do oitavo semestre.

É possível que, em nosso meio, a influência dos fatores sociais (religiosidade, criação em uma sociedade ainda com mais liberdades para os homens) exerça maior pressão sobre as mulheres, de forma a reduzir sua autonomia (ou competência) moral. Este assunto, entretanto, tem sido motivo de grande controvérsia em psicologia do desenvolvimento¹⁵. Alguns estudos têm demonstrado diferenças nos níveis de raciocínio moral entre homens e mulheres^{31,32,22}. A ressalva é que tais estudos não são comparáveis com esta pesquisa, pois os instrumentos de avaliação empregados foram diferentes.

Com o emprego do *MJT*, outras pesquisas não evidenciaram diferenças significantes de gênero quanto aos níveis de argumentação moral ao longo da vida¹⁵. As pequenas diferenças encontradas a favor dos homens foram interpretadas como não relacionadas ao gênero, mas ao nível de educação e ocupação. Entretanto, parece que homens e mulheres têm maneiras diferentes de abordar assuntos morais e tomar decisões¹⁵. Carol Gilligan³¹ argumenta que as experiências morais de homens e mulheres são radicalmente diferentes. De acordo com a autora, pode-se considerar que a moralidade tem duas maiores dimensões: justiça, relacionada com direitos humanos, e cuidado, relativo ao senso de responsabilidade nos relacionamentos. A teoria de Kohlberg tem como foco a moralidade da justiça, que, de acordo com Gilligan, é mais prevalente entre rapazes, que tendem a pensar mais em termos de justiça abstrata e lealdade. Os estudos de Gilligan com mulheres sugerem que a moralidade do cuidado e res-

ponsabilidade pode ocupar o lugar da moralidade da justiça proposta por Kohlberg. Do ponto de vista da autora, enquanto a moralidade da justiça e direitos é baseada na igualdade, a moralidade do cuidado tem como premissa a não violência. Esses dois tipos de moralidade podem demandar abordagens distintas. É provável que essa dicotomia apontada por Gilligan no início dos anos 1980 não seja mais real nos dias atuais em virtude das mudanças socioculturais. Entretanto, não podemos excluir o fato de que tais mudanças ocorram em velocidades diferentes nos diferentes países e, mesmo, nas diferentes regiões de um mesmo país de dimensões continentais como o Brasil.

Por outro lado, na visão de Schillinger¹⁵, a inexistência de diferença de gênero no desenvolvimento moral verificada em sua pesquisa, quer no aspecto afetivo, quer no cognitivo, confirma a teoria do duplo-aspecto e a hipótese da “*Bildungstheorie*” de que preferência hierárquica dos estágios morais e competência de juízo moral não dependem de gênero, se a variável educação for controlada. A pesquisa da autora evidenciou que tanto os homens quanto as mulheres têm preferência por princípios morais pós-convencionais para resolver os conflitos de natureza moral (aspecto afetivo) e que eles são capazes de aplicá-los em situações concretas (competência de juízo moral). Estudo realizado na República Tcheca e na Eslováquia, com o emprego do *MJT*, também não evidenciou diferença de gênero quanto à competência de juízo moral de estudantes de Medicina⁷. Nesta pesquisa, a comparação de desempenho entre homens e mulheres do mesmo semestre constituiu uma tentativa de controlar a variável educação.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa, que evidenciaram diferença de escore C entre estudantes que iniciam o curso de Medicina e aqueles que concluem o quarto ano (no qual se completa a grade curricular que precede o estágio de internato médico), com menor competência moral no último grupo, embora corroborem os dados de outras pesquisas, devem ser interpretados com reservas em função do desenho do estudo, pois foram avaliadas turmas diferentes. Para verificar melhor esta constatação, propõe-se a realização de mais estudos longitudinais, com a aplicação do *MJT* na mesma turma em diferentes momentos do curso.

O fenômeno da “segmentação moral” foi constatado mais uma vez em pesquisas no Brasil, com pior desempenho dos estudantes no dilema do médico (ou da eutanásia). A variável idade parece ter alguma influência na competência de juízo moral ao se considerarem estudantes da mesma turma, com melhor desempenho para os mais novos. Entretanto, há neces-

sidade de aprofundar as pesquisas neste aspecto. A influência de gênero na competência moral é tema controverso, a ser investigado com mais profundidade, com controle da variável educação.

Embora a profissão médica tenha provavelmente mais demandas por profissionais moralmente competentes do que qualquer outra ocupação, os estudantes de Medicina são treinados essencialmente para desenvolver as habilidades técnicas requeridas pela profissão, mas não para o desenvolvimento moral. Conforme ensina Lind⁶, diante do crescente desenvolvimento da tecnologia em Medicina, os médicos estão cada vez mais em posição de tomar altas decisões com consequências para o nosso bem-estar e para nossas vidas. Eles devem estar bem preparados no que diz respeito às implicações morais dessas decisões. Infelizmente, vários estudos em outras áreas mostram aumento da competência moral dos estudantes, mas não dos alunos de Medicina, que, pelo contrário, apresentam estagnação ou regressão.

Este desequilíbrio entre competências técnicas e morais parece ser característico não somente da educação médica atual, mas parece estar conosco desde que existe a profissão médica⁶. De acordo com Lind⁶, a maioria dos estudantes de Medicina ama o seu trabalho, é bem intencionada e tem altos ideais morais, mas a preocupação com a educação moral é colocada de lado em face das demandas do aprendizado técnico altamente sofisticado e de um meio extremamente competitivo. Entretanto, mais tardiamente em seu trabalho, ao se confrontarem com processos de tomada de decisão concretos, os médicos parecem estar pouco preparados para lidar com os aspectos morais de sua profissão. Muitos resolvem um problema moral negando-o ou confundindo-o com um assunto de natureza técnica.

Não há dúvidas de que o modelo atual de educação médica falha em desenvolver ou dificulta o desenvolvimento de competências morais que os estudantes necessitarão para se tornarem bons médicos. À luz dos dados de Schillinger e das reflexões de Lind, o caminho passa necessariamente por mudanças significativas não apenas no currículo dos cursos, mas especialmente nos métodos e no ambiente de ensino²³. O recurso pedagógico de metodologia adequada proporciona um “ambiente favorável de aprendizagem”¹⁵. Há muitos métodos, porém nem todos são efetivos. Uma das propostas cujos achados empíricos têm demonstrado melhores resultados neste sentido é a discussão de dilemas, com a utilização de metodologia bem definida, que requer treinamento e formação dos professores, a exemplo do *Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD)*, proposto por Lind^{30,16}, cuja aplicação tem mos-

trado impacto positivo no desenvolvimento da competência moral³³, com resultados superiores aos obtidos com o método clássico de Blatt e Kohlberg³⁴, que serviu de inspiração para a elaboração do *KMDD*¹⁶.

Cabe a todos aqueles que estão envolvidos e que se preocupam com a importância da competência moral dos estudantes de Medicina escolher o caminho mais adequado para aplicar às suas práticas pedagógicas.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Georg Lind, por ceder a versão do *MJT* validado em português do Brasil.

REFERÊNCIAS

- Lind G. La moral puede enseñarse: manual teórico-práctico de la formación moral y democrática. México: Trillas; 2007. p.175.
- Kohlberg L. The philosophy of moral development. Essays on moral development. San Francisco: Harper & Row; 1981. pp.441.
- Kohlberg L. Development of moral character and moral ideology. In: Hoffman ML and Hoffman W (eds) Review of child development research. New York: Russel Sage Foundation; 1964. pp.381-431.
- Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. A pilot study of the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.*1991;66(10):629.
- Self DJ and Baldwin DC. Moral reasoning in medicine. In: Rest JR and Narváez D (eds) Moral development in professions. Psychology and applied ethics. Hillsdale: Erlbaum;1994. pp.147-62.
- Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Bras Educ Med* [periodico na Internet]. 2000 [acesso em 18 jan. 2012]; 24(3):24-33. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2000/Volume24-3/moral_regression.pdf
- Slovácková B and Slováček L. Moral judgment competence and moral attitudes of medical students. *Nurs Ethics.* 2007;14:319-28.
- Hren D, Marusic M, Marusic A. Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PLoS One* [periodico na Internet]. 2011 [Acesso em 20 jan. 2012];6:e17406. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0017406>.
- Colby A, Kohlberg L, Speicher B, et al. The measurement of moral judgment. New York: Cambridge University Press; 1987, v. I and II.
- Rest J. Longitudinal study of Defining Issues Test of moral judgment: A strategy for analyzing developmental change. *Developmental Psychology.* 1975;11:738-48.
- Rest J, Narvaez D. Guide for DIT-2. Manuscript available from the Center for Study of Ethical Development, University of Minnesota; 1998.
- Gibbs JC, Basinger KS, Fuller D. Moral maturity: measuring the development of sociomoral reflection. New York: Routledge;1992. p.218.
- Bataglia PUR. A validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. *Psicol Reflex Crit* [periodico na Internet]. 2010 [acesso em 18 jan. 2012];23:83-91. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100011&script=sci_arttext
- Schwartzman S. Equity, Quality and Relevance in Higher Education in Brazil. *An Acad Bras Ciênc.* 2004;26:173-88.
- Schillinger M. Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. Konstanz: Shaker-Verlag; 2006. p.154.
- Lind G. Promoviendo las competencias morales y democráticas: expresarse y escuchar a otros. *Postconvencionales.* 2011;3:26-41.
- Lind G. The meaning and measurement of moral competence revisited – A dual-aspect model. In: Fasko D, Willis W (eds). Contemporary philosophical and psychological perspectives on moral development and education. *Creskill.* NJ: Hampton Press; 2008. pp.185-220.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2th ed., Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988. pp.567.
- Lind G. Scoring and interpretation the Moral Judgment Test (MJT), Moralisches Urteil-Test (MUT): An introduction [monografia na internet]. [Acesso em 15 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>.
- Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC. Moral reasoning in veterinary medicine. In: Rest JR, Narváez D (eds). Moral development in professions. Psychology and applied ethics. Hillsdale: Erlbaum;1994. pp.163-72.
- Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC. The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skill of medical students. *Acad Med.*1998;73:521-3.
- Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.*1998;73:517-20.
- Rego S, Schillinger-Agati M. Desenvolvimento moral e ambiente de ensino-aprendizagem nas escolas médicas.

- In: Marins JJN, Rego S. Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2011. pp.114-30.
24. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p.184.
 25. Bataglia PUR. A construção da competência moral e a formação do psicólogo. São Paulo: 2001. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo
 26. Schillinger-Agati M, Lind G. Moral Judgment competence in brazilian and german university students. Paper presented at the Annual Meeting of the American Education Research Association, 2003. [acesso em 18 jan. 2012]. Disponível em: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Schillinger-Lind-2003_moral-development-Brazil.pdf.
 27. Moreno C. Moral education in higher education and the transformation of a concern: a historical account. Paper presented at The 31st Annual Conference of the Association for Moral Education, Cambridge, MA, november 3-6, 2005. [acesso em 18 jan. 2012], Disponível em: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/material/artikel/_MJT/Moreno-2005_moral-education-in-mexico.pdf
 28. Bataglia PUR, Schillinger-Agati M, Torres SS, Crivelaro D, Oliveira D, Quevedo T. The development of moral competence and religious commitment in Brazil. Paper presented at the 28th Annual Conference of the Association for Moral Education, Chicago, November 7-10th, 2002.
 29. Bataglia P, Schillinger-Agati M, Lind G, et al. Testing the segmentation hypothesis with extended version of the MJT. Poster presented at the 29th Annual Conference of the Association for Moral Education, Krakow, Poland, July 17-20th, 2003.
 30. Lind G. Moral dilemma discussion revisited: The Konstanz method. *European J Psychol* [periodico na internet]. 2005 [acesso em 29 jul. 2012];1(1):[cerca de 3 páginas]. Disponível em: <http://ejop.psychopen.eu/article/view/345/249>
 31. Gilligan C. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982. p.190.
 32. Self DJ, Olivarez M. The influence of gender on conflicts of interest in the allocation of limited critical care resources: justice vs. care. *J Critical Care*. 1993;8(1):64-74.
 33. Lerkiabundit S, Utaipan P, Laohawiriyanon C, Teo A. Randomized controlled study of the impact of the Konstanz method of dilemma discussion on moral judgment. *J Allied Health*. 2006; 35:101-8.
 34. Blatt M, Kohlberg L. The effect of classroom moral discussion upon children's level of moral judgment. *J Moral Educ*. 1975;4:129-61.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Helvécio Neves Feitosa: responsável pela concepção do projeto, desenho do estudo, coleta de dados e elaboração do artigo científico; Sergio Rego: participou da revisão do artigo, com orientações e correções; Patricia Bataglia: participou da revisão e do desenho da pesquisa; Guilhermina Rego: participou da revisão do artigo; Rui Nunes: participou da concepção do desenho da pesquisa e da revisão do artigo

CONFLITO DE INTERESSES

Sergio Rego é editor da Revista Brasileira de Educação Médica.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Helvécio Neves Feitosa
Av. Rui Barbosa, 343 – apto 1601
Bairro Meireles - Torre Stella
CEP 60115-220 – Fortaleza – CE
E-mail: helvecionf@uol.com.br