



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO
MESTRADO EM ENSINO

FABIANO BIANCHI

**EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO ÉTICA DO MÉDICO:
AUTORIDADE, RESPONSABILIDADE E PENSAMENTO REFLEXIVO SOB O
OLHAR DE HANNAH ARENDT**

Santo Antônio de Pádua, RJ

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BINF

B577e Bianchi, Fabiano
Educação e formação ética do médico: autoridade,
responsabilidade e pensamento reflexivo sob o olhar de Hannah
Arendt / Fabiano Bianchi ; Wendel de Matos Pompilho,
orientador. Santo Antônio de Pádua, 2018.
87 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Santo Antônio de Pádua, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGEn.2018.m.04344027701>

1. Educação Médica. 2. Bioética. 3. Crise de Autoridade.
4. Responsabilidade. 5. Produção intelectual. I. Título II.
Pompilho, Wendel de Matos, orientador. III. Universidade
Federal Fluminense. Instituto do Noroeste Fluminense de
Educação Superior.

CDD -

FABIANO BIANCHI

**EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO ÉTICA DO MÉDICO:
AUTORIDADE, RESPONSABILIDADE E PENSAMENTO REFLEXIVO SOB O
OLHAR DE HANNAH ARENDT**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino, ao Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Orientador:
Prof. Dr. Wendel de Matos Pompilho

Santo Antônio de Pádua, RJ

2018

FABIANO BIANCHI

**EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO ÉTICA DO MÉDICO:
AUTORIDADE, RESPONSABILIDADE E PENSAMENTO REFLEXIVO SOB O
OLHAR DE HANNAH ARENDT**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino, ao Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense (UFF).

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wendel de Matos Pompilho
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profa. Dra. Juçara Lima Bedin
Universidade Iguaçu – Itaperuna/RJ

Profa. Dra. Maristela Barenco Correa de Melo – UFF
Universidade Federal Fluminense - UFF

Santo Antônio de Pádua, RJ
2018

Dedico este trabalho aos meus pacientes, razão primeira deste estudo, aos meus alunos da graduação em Medicina e aos residentes, com quem compartilho o trabalho como médico e professor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wendel Matos Pompilho, por sua generosidade e disponibilidade permanentes.

À Profa. Dra. Juçara Bedim, a grande incentivadora para que eu buscasse o caminho da educação médica.

À Profa. Dra. Maristela Barenco, pelo estímulo a pensar, pela forma acolhedora com que ensina e pela disponibilidade em aceitar as diferentes opiniões que se chocam neste encontro de realidades entre a área da assistência e da educação.

Ao querido Henrique Zarpellon pelo apoio nos períodos de estresse e mau humor e que fez este trabalho se tornar muito mais suave, pela paciência e pela companhia.

À querida amiga Mariacélia Fernandes, pela infinita disponibilidade e alegria no trabalho.

À direção do Hospital São José do Avaí e do Curso de Medicina da UNIG – Itaperuna que me apoiaram e flexibilizaram meus horários, para que este trabalho pudesse ser concluído.

Aos médicos plantonistas da UTI Cardiológica do Hospital São José do Avaí em Itaperuna, pelo profissionalismo que encoraja.

Aos meus colegas da turma de Mestrado com quem muito aprendi e que me ajudaram infinitamente a tornar estes dois anos muito alegres e produtivos.

A todos os professores do Mestrado, pelo acolhimento nas diferenças que me fez crescer num caminho por mim, até então, pouco conhecido. Aos muito queridos como Profa. Dra. Mitsi, determinada mas gentil, e aos bem menos, mas em quem reconheço a intenção de acertar.

Agradeço a minha família pelo apoio que sempre recebi em todos os dias da minha existência.

Agradeço a Deus por esta oportunidade de contribuir minimamente para um modelo de formação em saúde que possa levar alívio a quem sofre.

No momento em que se propõem questões morais, mesmo de passagem, aquele que as propõe será confrontado com essa assustadora falta de autoconfiança e conseqüentemente de orgulho, e também com uma espécie de falsa modéstia ao dizer: “Quem sou eu para julgar?”, que realmente significa: “Somos todos parecidos, igualmente ruins, e aqueles que tentam (ou fingem) permanecer parcialmente descentes são santos ou hipócritas, e em qualquer dos casos deveriam nos deixar em paz” (ARENDR, 2004, p. 82).

Hannah Arendt

RESUMO

A presente dissertação tem por objeto a formação ética do médico. O objetivo principal é analisar os aspectos relacionados à autoridade, à responsabilidade e ao pensamento crítico, sob o olhar de Hannah Arendt, estudando caminhos para uma educação médica mais próxima ao que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. Partindo-se da hipótese de que há uma crise da modernidade que afeta fortemente os campos da saúde e da educação médica, altamente biotecnicistas e incapazes de corresponder às demandas coletivas, a questão central pode ser definida nos seguintes termos: a obra de Arendt pode contribuir com a construção do pensamento crítico e o desenvolvimento da competência moral e responsabilidade social dos estudantes de medicina? O desenvolvimento do trabalho se divide em cinco tópicos principais. O primeiro trata da formação médica no século XX, incluindo a abordagem sobre os modelos biotecnicista e a proposta de modelo biopsicossocial. Em seguida, discute-se a responsabilidade e a crise de autoridade na educação médica. A argumentação se baseia nos conceitos de autoridade e crise da tradição e da religião, com ênfase sobre a formação de médicos com maior grau de comprometimento e responsabilidade social. No terceiro tópico, abordando os questionamentos quanto à formação ética, em especial quanto à competência moral do estudante, discute-se a origem de um modelo de automatismo de ação que não cria comprometimento com o próximo, desvinculando o pensar e o agir e impedindo o bom julgamento moral. Aprofunda-se o tema, então, com uma composição de ideias a respeito do pensamento crítico e da formação ética do médico como pilares para a adoção de um modelo biopsicossocial na assistência. Por fim, são fornecidos alguns subsídios como mecanismos de interrupção de um automatismo que não estimula o cuidar, o pensar e o agir moralmente competentes. São propostos conceitos, ideias e práticas pedagógicas para a educação médica, compatíveis com o desenvolvimento de uma assistência humanizada e ética, não apenas em sua vertente deontológica, mas voltada para conceitos de uma ética universal.

Palavras-chave: Educação Médica. Bioética. Crise de Autoridade. Responsabilidade. Competência Moral.

ABSTRACT

This dissertation addresses ethics in medical student training as understood pursuant to the work of Hannah Arendt. The main objective, thereof, is to analyze conceptually the aspects related to authority, responsibility and critical thinking, proposing solutions to a medical education closer to that determined by the National Curricular Guidelines for undergraduate courses in Medicine. Starting from the hypothesis there is a crisis of modernity strongly affecting the fields of health and medical education, highly biotechnical and unable of meeting collective demands, the central question can be defined in the following terms: Arendt's thinking may contribute with the construction of critical thinking and the development of moral competence and social responsibility of medical students? This paper has five main topics. The first deals with medical training in the twentieth century, including the approach on flexnerian model and the proposed biopsychosocial model. Next, we discuss the responsibility and crisis of authority in medical education. The argumentation is based on the concepts of authority and crisis of tradition and religion, with emphasis on the training of physicians with a greater degree of commitment and social responsibility. In the third topic, addressing the questions about ethical training, especially regarding the moral competence of the student, we discuss the origin of an automatism of action that does not create commitment with the neighbor, dissociating thinking and acting and preventing a good moral judgment. The theme is, then, deepened through a composition of ideas about critical thinking and the physician's ethical formation as pillars for the adoption of a biopsychosocial model in care. Finally, some subsidies are provided as mechanisms of interruption of an automatism that does not stimulate the care, thinking and acting morally competent. Concepts, ideas and pedagogical practices for medical education are proposed, aiming the development of humanized and ethical, not only deontological assistance, but focused on concepts of a universal ethics.

Keywords: Medical Education. Bioethics. Crisis of Authority. Responsibility. Moral Competence.

LISTA DE SIGLAS

CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PBL	Problem Based Learning
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 – DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	12
1.2 – OBJETIVOS	16
1.3 – METODOLOGIA	18
2 – EDUCAÇÃO MÉDICA E MODELOS PARADIGMÁTICOS DE ENSINO	20
2.1 – MODELO FLEXNERIANO OU BIOTECNICISTA.....	20
2.2 – CONCEPÇÃO DE MODELO BIOPSIKOSSOCIAL	24
3 – RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA	32
3.1 – EDUCAÇÃO MÉDICA EM ARENDT	32
3.2 – TRADIÇÃO, AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL	37
3.3 – ÉTICA E CIDADANIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA.....	42
4 – A BANALIDADE DO MAL NA ESCOLA MÉDICA	49
4.1 – FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL.....	49
4.2 – MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA NO ENSINO MÉDICO	56
5 – O PENSAMENTO CRÍTICO NA EDUCAÇÃO MÉDICA	64
5.1 – LIBERDADE, RESPONSABILIDADE E PENSAMENTO CRÍTICO NA EDUCAÇÃO	64
5.2 – UMA PROPOSTA DE INTERRUPTÃO DA CULTURA DO NARCISISMO	67
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
ANEXO – Níveis e estágios de desenvolvimento moral, segundo Kohlberg	88

1 – INTRODUÇÃO

A educação, do latim *educationis*, o processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral (CUNHA, 2010), é tema obrigatório a ser discutido hoje com vistas à transformação do presente e do futuro da sociedade. A educação médica é, em especial, merecedora de um olhar atento, crítico, porém generoso, pois pode ser considerada vítima da crise de valores que se abate sobre a humanidade, visto envolver as ciências da saúde e da educação, áreas muito amplas e complexas do conhecimento humano, muito suscetíveis aos diversos desafios enfrentados no cotidiano do indivíduo e da coletividade. Assim, propõe-se um tema de abordagem focal, voltado para a discussão da formação ética e dos valores morais do médico à luz do pensamento de Hannah Arendt (1906 – 1975). O tema é entrelaçado com diversas complexidades e dialoga com um infinito número de outros campos relacionados à saúde em geral, à educação, à responsabilidade, à autonomia e à crise da modernidade. A restrição tanto quanto possível ao tema foi uma definição estratégica frente às conhecidas carências e exigências, quase infinitas, de ambos os grandes campos de trabalho, nomeadamente, educação e saúde.

O foco na formação ética e nos valores morais surge menos como resposta e mais como substrato e proposta de um modelo de pensar a crise pela qual passam a educação e a saúde, em especial sob o aspecto da formação médica, como será mais bem delimitado adiante, através de conceitos densos que serão desenvolvidos ao longo do texto. De fato, existe um amplo debate no meio acadêmico e nas esferas de decisão política do Ministério da Educação e do sistema público de saúde brasileiro quanto à necessidade de se promover um atendimento médico mais humanizado. Esta discussão é de tal modo consistente que exigem a definição de diretrizes propondo a formação de um médico com maior capacidade crítica e reflexiva, com enfoque generalista (BRASIL, 2014).

A necessidade de se discutir a formação ética e os valores morais, correlacionando-os com o comportamento moral e a responsabilidade social em busca de humanização da Medicina trouxe ao debate o pensamento de Hannah Arendt, como forma e modelo de se compor ideias. Em especial suas abordagens sobre a *vita activa*, conforme definido em *A Condição Humana*, publicado em 1958, e sobre a *vita contemplativa*, como em *A Vida do Espírito*, publicado em dois volumes, em 1971 e 1978. Foram utilizados, também, alguns ensaios, publicados em conjunto, sob o título

Entre o Passado e o Futuro, como os ensaios sobre a crise na educação, sobre a crise de autoridade e sobre verdade política. Nesta dissertação recebe especial atenção o pensamento de Arendt que vigora após sua participação, como enviada da revista *The New Yorker*, na cobertura do julgamento de Adolf Eichmann, condenado por crimes contra a humanidade por seu papel na Segunda Grande Guerra.

Hannah Arendt foi uma filósofa política do século XX, nascida em 1906, em Hanover, em uma família de judeus alemães. Após o colégio, estudou com Martin Heidegger e Karl Jasper, que exerceram uma influência duradoura em seu pensamento. Foi obrigada a deixar a Alemanha em 1933, e passou a viver em Paris, trabalhando para organizações de refugiados judeus. Em 1941 foi forçada a mudar-se para Nova Iorque com seu marido e com sua mãe. Logo fez parte do círculo intelectual local, bem como do meio acadêmico americano (D'ENTREVES, 2016). Foi Hannah Arendt que, através de sua obra, pôde analisar eventos políticos importantes de seu tempo e entender seu significado, demonstrando como eles afetaram as categorias de julgamento moral e político da sociedade atual (D'ENTREVES, 2016).

Sua Filosofia Política não pode ser caracterizada em termos de categorias tradicionais como conservadorismo, liberalismo e socialismo. Nem seu pensamento pode ser assimilado ao recente reavivamento do pensamento político comunitário, [...]. Seu nome tem sido invocado por alguns críticos da tradição liberal, com o argumento de que ela apresentou uma visão de política que estava em oposição a alguns princípios liberais fundamentais. [...]. No entanto seria um erro ver Arendt como uma pensadora antiliberal. Arendt era, de fato, uma severa defensora do constitucionalismo e do Estado de direito, uma defensora dos direitos humanos fundamentais (entre os quais ela incluiu não apenas o direito à vida, à liberdade e à liberdade de expressão, mas também o direito à ação e à opinião). Era uma crítica a todas as formas de comunidade política baseada em laços e costumes tradicionais, bem como com base em identidade religiosa, étnica ou racial (D'ENTREVES, 2016).

1.1 – DELIMITAÇÃO DO TEMA

O ensino da medicina sofreu profunda influência do pensamento cartesiano, principalmente a partir do início do século XX. A Era Contemporânea, que proporcionou grandes evoluções técnicas na medicina, foi a mesma que formalizou a profissão médica e a tecnicizou. Surgem, em maior ou menor grau, mas simultaneamente à evolução na terapêutica e nos métodos diagnósticos o “reconhecimento de direitos individuais e sociais referentes à saúde” (REGO e SCHILLINGER-AGATI, 2011, p. 116). Ocorre uma mudança dramática na relação médico paciente. A medicina, progressivamente hospitalocêntrica, leva o médico a depender cada vez mais de uma equipe. O paciente se torna, a cada dia, mais ciente de seus direitos, “antes passivo e submisso na relação médico-paciente, é hoje cada vez mais sujeito de sua própria vida” (REGO e SCHILLINGER-AGATI, 2011, p. 116). É durante a vigência deste modelo médico cientificista e através dele que novas transformações ocorreram e se aprofundaram nas relações médico-paciente, gerando um distanciamento entre os sujeitos. O cientificismo que permitiu o desenvolvimento tecnológico e que tanto favoreceu a ciência médica é o mesmo que fragmentou a relação médico-paciente desumanizando a medicina. Edgar Morin afirma que “A reforma do pensamento é uma necessidade histórica fundamental. [...] o pensamento fracionário da tecnociência burocratizada, que corta, como fatias de salame, o complexo tecido do real” (MORIN, 2003, p. 104).

No Brasil, durante a redemocratização na década de 80, com a busca de soluções para a crise assistencial e o processo de construção do SUS, reacenderam-se as discussões sobre o tema da formação médica no contexto da adaptação a uma melhor oferta de assistência, mais humanizada e coerente com os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade¹ das ações em saúde, incluindo uma abordagem não apenas biomédica e tecnicista, mas que também contemplasse um novo entendimento do papel do homem historicamente em suas relações sociais (ação) no processo saúde-doença. Surge, assim, o que se convencionou chamar de paradigma da integralidade (LAMPERT, 2009), em oposição ao modelo cientificista de ensino médico.

¹ A criação da Organização Mundial da Saúde, a implantação de sistemas de saúde universais, a Declaração de Alma-Ata e a proposta Saúde para Todos no ano 2000, podem ter contribuído para o reconhecimento dessas noções enquanto princípios e diretrizes. (PAIM e DA SILVA, 2010).

O tema da humanização da assistência é contemplado neste contexto pleno de ressignificação para a medicina, de modo particular, e para a sociedade, num modelo ampliado. Um tempo dominado por distúrbios generalizados de ordem social, política e econômica: individualismo, intolerância e nacionalismos em crescimento. É significativo e curioso constatar que a humanização no atendimento médico era considerada, mesmo no meio acadêmico de formação, até recentemente, apenas e simplesmente como a atenção dada a “manifestações psicossomáticas de enfermidades”² (REGO, 2003, p. 46). Com esta percepção muitos médicos se formaram, que embora não seja incorreta, não representa a amplitude da humanização do atendimento.

O que se pretende discutir é, na verdade, algo bem mais profundo: a necessidade de se considerar “o processo de desenvolvimento sociomoral” dos profissionais de saúde “como estratégia de superação das limitações impostas pela ética profissional, deontológica” (REGO, PALACIOS e SCHRAMM, 2004, p. 166) que se mostra incapaz de corresponder às demandas suscitadas pelas mudanças ocorridas: significa buscar as razões da existência de uma incapacidade de formar profissionais voltados para a relevância social da medicina. De fato, o individualismo característico da sociedade atual permitiu o enfraquecimento do senso de coletividade, o que gerou uma dificuldade não enfrentada anteriormente, qual seja, a incapacidade de adesão às normas e padrões morais da profissão. A simples existência de um Código de Ética profissional passou a se mostrar insuficiente para atender às demandas impostas pelas mudanças de exigências comportamentais dos profissionais de saúde frente às solicitações da sociedade. Assim, surge a necessidade de um redimensionamento da abordagem ética profissional, não mais atada à concepção de um código de condutas de uma classe ou profissão, mas sim que possa se aproximar das exigências de um médico com “formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética” (BRASIL, 2014). Desta forma, mostra-se necessária a reconstrução de um pensar crítico que contemple também uma abordagem bioética da formação médica:

² Transtorno de sintomas somáticos é caracterizado por um ou mais sintomas somáticos que são acompanhados por pensamentos, sentimentos e/ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos, podendo causar significativo desconforto ou disfunção. Este diagnóstico foi introduzido com a publicação do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) em 2013. (LEVENSON, 2018)

Pode-se dizer que a ética profissional tradicional, deontológica, diz respeito à moralidade do agente, ao passo que a Bioética se refere à moralidade dos atos, reconhecendo que a complexidade dos dilemas e das relações sociais de nosso tempo não é mais passível de resolução por meio de princípios absolutos, considerados válidos *a priori*, logo, desconhecendo o contexto real (REGO, PALACIOS e SCHRAMM, 2004, p. 169).

Para melhor compreensão de todo o texto, esta dissertação segue algumas definições acerca da ética e da moral, agora explicitadas. Ética é a parte da Filosofia que considera as concepções de fundo acerca da vida, do universo, do ser humano e do seu destino, definindo valores e princípios que orientam pessoas e sociedades. A moral é parte da concretude da vida, tratando da realidade das pessoas, expressando-se através dos consumos, hábitos e valores culturalmente estabelecidos.

Num sentido amplo tem-se o *ethos* como a experiência da morada humana, não aquela entendida fisicamente, mas existencialmente, ou seja, significando também a rede de relações entre o meio físico e as pessoas. Neste sentido, *ethos* (grego, com e longo) toma a compreensão do conjunto ordenado de princípios, valores e motivações últimas das práticas humanas, pessoais e sociais. Em contrapartida, o *ethos* (grego, com e curto) engloba os costumes, hábitos e comportamentos concretos das pessoas, que podem ser tensos e competitivos ou harmoniosos e cooperativos, englobando o que em latim passa a ser conhecido como moral (BOFF, 2014, p. 39).

Processualmente, começando de baixo, diríamos que os costumes e os hábitos (moral) formam o caráter e conferem o perfil (ética) das pessoas. [...] Mas esse caráter remete a algo mais fundamental: aos valores de fundo, aos princípios, à visão de realidade que está na cabeça e no coração das pessoas. Então, essas pessoas ou as sociedades serão éticas (terão princípios e valores) se tiverem tido uma boa moral (relações harmoniosas e inclusivas) em casa, na relação primeira com a mãe, na sociedade e nas relações globalizadas hoje (BOFF, 2014, p. 40).

Estudar os diversos aspectos da formação ética e dos valores morais no curso de medicina implica na necessidade de se compreender não apenas o ambiente social em que se encontra a escola e seus alunos, mas também, delinear historicamente as fontes da ética e da moral, definindo-as e esclarecendo os conceitos que serão utilizados nesta dissertação:

Então, a ética ocidental, ao longo de dois milênios e meio, criou muitos paradigmas éticos entre os quais destacam-se o metafísico-teológico na idade antiga e medieval, o racionalista na idade moderna e o construtivista na época contemporânea. Os antigos colocavam a dignidade humana na racionalidade ou na santidade; os modernos na liberdade e autonomia e os contemporâneos nos direitos humanos e na qualidade moral das outras formas de vida e do meio ambiente (PEGORARO, 2013, p. 14).

As referências à formação ética do médico, no contexto da contemporaneidade, devem ser consideradas sempre sob o olhar da bioética e da ética do meio ambiente. A bioética, que se ocupa da relação da vida do homem desde o nascimento até a morte: das grandes questões como o estudos do genoma e da célula tronco, até discussões sobre eutanásia e distanásia, mas que se ocupa, também, de temas menos atraentes à primeira vista, como os problemas do cotidiano, ou seja, uma bioética do cotidiano, que visa pensar questões frequentes, usuais, através de uma ética das relações, ao tratar de temas como autonomia e responsabilidade. Deverá ser pensada inclusive quanto ao tratamento respeitoso com os animais, por seu valor intrínseco. Engloba ainda os valores relativos à biodiversidade e a ética do meio ambiente. Sempre com o desafio de “repensar a grande tradição ética à luz da nova compreensão da vida em geral e da pessoa humana em particular” (PEGORARO, 2013, p. 15).

É por esta ética inseparável da prática educativa, não importa se trabalhamos com crianças, jovens ou com adultos, que devemos lutar. E a melhor maneira de por ela lutar é vive-la em nossa prática, é testemunhá-la, vivaz, aos educandos em nossas relações com eles. Na maneira como lidamos com os conteúdos que ensinamos, no modo como citamos autores de cuja obra discordamos ou com cuja obra concordamos. Não podemos basear nossa crítica a um autor na leitura feita por cima de uma ou outra de suas obras (FREIRE, 2015, p. 18).

1.2 – OBJETIVOS

Esta dissertação, tomando como verdadeira a afirmação de que os estudantes de medicina vêm perdendo a capacidade de escolher caminhos éticos, coerentes e autônomos, como será mais à frente pormenorizado, tem como objetivo discutir e pensar a autoridade, a responsabilidade e o pensamento reflexivo com base nos conceitos propostos por Hannah Arendt. Assim sendo, a proposta principal deste estudo é, diante do imenso trabalho que se tem pela frente no que concerne à crise na saúde e à crise na educação médica, utilizando conceitos político-filosóficos de Hannah Arendt, oferecer mecanismos de compreensão e de discussão para a grande questão da formação ética do estudante de medicina. Buscar uma maneira de enfrentar, dentro e através do ensino médico, jamais relegando o ensino de conteúdos técnicos a segundo plano, mas sim e de modo especial, através da busca de sugestões para um modelo de ensino médico que também priorize a formação quanto aos aspectos éticos, morais e sociais do estudante de medicina, que traga à superfície o comprometimento ético e a responsabilidade social. Para isso torna-se necessário compreender o que ocorre na educação médica, reflexo fiel da sociedade. Portanto, pergunta-se: como o pensamento de Arendt pode contribuir com a construção do pensamento crítico e reflexivo e o desenvolvimento da competência moral dos estudantes de medicina? Essa contribuição favorece a formação de médicos com maior grau de comprometimento, pensamento reflexivo e responsabilidade social?

Admite-se que uma proposta de ação voltada para a educação médica e sua formação bioética não será capaz de solucionar os conflitos da estrutura complexa e multifacetada da saúde pública e da educação em geral, em especial quando se acredita viver uma crise ampla e profunda em ambos os setores, atrelada a uma crise maior e que afeta toda a dimensão da humanidade: aquilo que se convencionou chamar como crise da modernidade. O surgimento da ciência e do método científico, baseado no racionalismo e não em verdades reveladas, bem como a transformação de um modelo teocêntrico em antropocêntrico culminaram com mudanças profundas na educação, que passa a ser utilizada como modelo de emancipação e melhoria da racionalidade, num processo de substituição da fé pela razão e do arcaico pelo moderno. A crise surge quando o novo modelo, promessa de mundo melhor, não corresponde às expectativas, e acaba por promover uma maior situação de exclusão social, apesar das indiscutíveis conquistas tecnológicas. Como reflexo do racionalismo

e do desequilíbrio das relações humanas, promove-se o individualismo exacerbado em detrimento do pensamento em prol da coletividade. É principalmente nas áreas das ciências sociais que surgem os grandes questionamentos e debates sobre o modelo racionalista em crise. Este trabalho tem o intuito de discutir questões do universo educacional médico, mas que se sabe serem parte de algo mais amplo e abrangente, uma crise que afeta diretamente toda a sociedade.

1.3 – METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa teórico e historiográfica na qual será adotado um modelo hipotético a partir de reflexão teórica: como fortalecer a formação ética do médico, em especial em seu componente de competência moral (agir moralmente) através do pensamento de Arendt? A orientação da pesquisa segue o modelo de busca de condições elucidativas da realidade, trazendo “rigor conceitual, análise acurada, desempenho lógico, argumentação diversificada, capacidade explicativa” (DEMO, 1994). Assim, buscam-se ressonâncias ao se dialogar com Arendt, em um modelo de dissertação historiográfica, em que algumas ideias surgem no confronto com a filósofa. As estratégias para a formulação de composições possíveis foram encontradas na própria literatura a respeito da autora e seu universo de trabalho.

Foi realizado um amplo estudo bibliográfico a partir da obra de Hannah Arendt, tendo como fontes privilegiadas os livros *A Condição Humana*, *Responsabilidade e Julgamento*, *A Vida do Espírito* e *Entre o Passado e o Futuro*, além do uso de fontes suplementares, incluindo outros autores citados ao longo do texto. Foi também realizado levantamento de artigos das bases de dados Lilacs e MedLine em especial quanto ao desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo na educação médica. Foi realizada leitura exaustiva dos referenciais teóricos, permitindo reconstrução de conhecimentos e a apropriação e empoderamento de conceitos.

A pesquisa tem o intuito de contextualizar o aprendizado médico, revendo conceitos e práticas dentro do mais profundo rigor científico, “tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos e, em termos mediatos, aprimorar práticas” (DEMO, 2015).

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, envolvendo a compreensão da abordagem do processo saúde-doença sob a ótica biomédica e a ampliação desta concepção através de um modelo de determinação social da doença.

O segundo tópico, *Educação Médica e Modelos Paradigmáticos de Ensino*, apresenta o campo de análise e abre a discussão a respeito do modelo de ensino médico brasileiro e os desafios da criação de uma nova cultura que valorize o componente social, sem perder de vista o componente técnico científico. Procura-se conhecer e acolher as diferenças, tentando compreender o que dificulta a reflexão sobre o papel dos sujeitos na perpetuação de um modelo que já não satisfaz às demandas da sociedade, com especial atenção ao papel do professor.

No terceiro tópico, *Responsabilidade e Autoridade na Educação Médica*, busca-se refletir a respeito da maneira com a qual a crise de autoridade, conforme descrita por Arendt, afeta a vivência no ambiente de formação do médico.

Aprofundando os questionamentos quanto à formação ética, em especial quanto à competência moral do estudante de medicina, no quarto tópico, *A Banalidade do Mal na Escola Médica*, fala-se da origem de um modelo de automatismo de ação que não cria comprometimento, que desvincula o pensar e o agir, levando a graves consequências na relação médico-paciente. Este tema é aprofundado em seguida, no texto *O Pensamento Crítico na Educação Médica*, no qual se aprofundam as discussões a respeito do pensamento crítico na educação médica, como possível auxílio para a formação moral no ambiente pré-profissional.

Por fim, as *Considerações Finais*, contemplam uma elucidação final sobre sugestões de práticas pedagógicas outros dispositivos de interrupção de automatismos que não estimulam o cuidar, propondo modos de ação e formação bioética factíveis e com potencial de transformação das práticas médicas individualistas.

2 – EDUCAÇÃO MÉDICA E MODELOS PARADIGMÁTICOS DE ENSINO

2.1 – MODELO FLEXNERIANO OU BIOTECNICISTA

No Brasil, o modelo conceitual em saúde que ainda predomina na formação médica – e na educação em saúde em geral – é o chamado modelo Biomédico ou Flexneriano. Este modelo cresceu em importância quando se expandiu nos Estados Unidos, em 1910, após pesquisa organizada e patrocinada pela Fundação Carnegie, e centralizada por Abraham Flexner (1866-1959), educador norte-americano, que elaborou o protótipo de ensino médico a ser adotado naquele país a partir de então. Embora suas origens mais primitivas tenham raízes no modelo alemão, anterior a 1910, foi a partir do Relatório Flexner que o modelo americano se expandiu, levando a uma ampla, profunda e obrigatória reestruturação das escolas médicas nos Estados Unidos. Tido, então, como modelo de excelência, foi progressivamente imitado ao redor do mundo, com a adoção do mesmo padrão proposto em muitos outros países (PAGLIOSA e DA ROS, 2008). Cabe destacar que o relatório Flexner surgiu numa progressão contínua da educação médica anterior a 1910, sendo um reflexo de evolução e fortalecimento do pensamento médico de então, profundamente influenciado pelo cientificismo (LUDMERER, 2010). No Brasil, onde até a década de 1960 predominava a influência da escola médica francesa, a partir de 1968, com a Reforma Universitária determinada pela Lei 5540/68, passa a ser adotado o modelo americano (LAMPERT, 2009, p. 64). Como relatam Pagliosa e Da Ros “a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades” complementando:

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 495).

É consenso no meio médico e acadêmico o reconhecimento da persistência deste modelo conceitual teórico, dito biomédico, que é, sem sombra de dúvidas, o mais

difuso e preponderante em nossa prática ainda hoje, e que se sobressai em relação a qualquer outra forma de pensar a Medicina e a formação médica.

Em que consiste este modelo conceitual chamado biomédico? Basicamente trata-se de um marco teórico conceitual, que trouxe o método científico para a ciência médica. Numa análise imediata, mais claramente, um modelo que privilegia aspectos que favorecem um modo de pensar focado no método científico, mas que também propiciou o florescimento um novo padrão, seja do ponto de vista gerencial, seja do financeiro, para a medicina. É este padrão científico, gerencial e de financiamento que se sustenta até hoje, propondo e promovendo a remuneração médica com base na quantidade de procedimentos que são realizados, bem como na complexidade dos procedimentos, numa lógica exclusiva de produção: remunera-se a quantidade e a complexidade das doenças, nunca no raciocínio oposto de remunerar a saúde. É evidente uma intensificação do individualismo com foco na abordagem de pessoas e não da coletividade, assim como, de um favorecimento do atendimento hospitalar como modo de resolução de problemas através de medicina diagnóstica, por exames complementares, com desvalorização da semiologia, e valorização da terapêutica imediatista, muito mais rentável. O tecnicismo é favorecido pelo conceito de cientificismo que segue fortalecido, gerando uma maior dependência de equipamentos de diagnóstico e de tratamento, que é sempre individualizado, portanto não se fala em uma medicina de comunidade, enfraquecendo na formação médica a preocupação com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Ainda na descrição do modelo biomédico, quando se fala predominantemente em doença, e não em saúde, imagina-se o corpo como uma estrutura fragmentada, semelhante a uma máquina que pode ser “consertada”, já que sofre de doenças causadas por um agente físico, biológico ou químico. O ensino passa a ser plenamente voltado para este modelo conceitual que, conseqüentemente, propiciou a formação de múltiplas especialidades e subespecialidades.

Em suma, o modelo biomédico de formação está baseado na forma mais tradicional e conservadora de ensino: predominância de aulas teóricas, exposição de conteúdos de maneira fragmentada em diversas especialidades e subespecialidades, assim como em múltiplos sistemas e órgãos, centrado no professor em aulas demonstrativas e expositivas, prática hospitalocêntrica, e competência técnico-científica. O objetivo é a formação de médicos para um mercado de trabalho que vinha em expansão, mas que hoje destoa da necessidade e da realidade social em que

se vive (LAMPERT, 2009, p. 67). Este modelo tende a levar a uma desvalorização da relação médico-paciente, ao mesmo tempo em que transforma uma relação sujeito-sujeito em sujeito-objeto. O estudante é treinado a focalizar sua abordagem numa busca pelo diagnóstico de uma determinada doença, e não no paciente-sujeito globalmente. Neste modelo o estudante não se interessa em propor soluções para a saúde, significando um desvio no binômio saúde-doença em direção à abordagem da doença e não da pessoa.

Que outros eventuais componentes ou modelos foram extirpados ou, progressivamente abandonados, com o advento da proposta biotecnista de formação e assistência médica? Tudo o que não era considerado convencional, num movimento de hegemonização epistemológica em detrimento de outros saberes, como exemplo, a fitoterapia e os primórdios da homeopatia, a saúde mental, a saúde pública e as ciências sociais. Realmente, “ao adotar o modelo saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões psicológica, social e econômica da saúde [...]” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496).

O relatório Flexner recomenda claramente (e estas recomendações continuam sendo seguidas com algumas poucas modificações) um currículo médico, então, de ao menos quatro anos, sendo dois anos de ciências básicas e dois anos de ensino clínico em hospitais e serviços ambulatoriais (atualmente seis anos, sendo os últimos dois anos de estágio curricular obrigatório em serviço), a vinculação da escola de medicina a uma universidade e a adoção de requisitos de ingresso em matemáticas e ciências. (TOMEY, 2002). Com Flexner, o positivismo no modelo de formação do médico foi reforçado e foi trazido o método científico a ser aplicado à prática clínica. Foram criadas rigorosas exigências para a seleção de candidatos à escola médica (LUDMERER, 2010).

O contexto em que teve início o processo de expansão do modelo biomédico deve ser lembrado. Seria ingênuo simplificar o processo de criação deste modelo tão somente como resultado de uma manipulação do mercado e do governo americanos, apenas com a intenção de promover um mercado capitalista com objetivo no lucro. A realidade da saúde no início do século XX era muito cruel: a medicina não acompanhava outros avanços tecnológicos como nas indústrias, transporte e energia. A mortalidade geral e, em especial, a mortalidade materna e infantil, eram extremamente elevadas. Só havia vacina para varíola. A expectativa de vida não alcançava 50 anos. Medicamentos caseiros e outros sem eficácia comprovada e

fabricados em drogarias locais eram os poucos recursos disponíveis. Sequer existiam antibióticos e a tuberculose e pneumonias bacterianas eram doenças mortais. É importante realçar que o modelo biomédico trouxe, também, grandes conquistas para a área médica no último século. A utilização do modelo científico nas áreas da farmacologia médica e da medicina diagnóstica promoveram grandes avanços, como exemplo: a terapêutica antimicrobiana para doenças de elevada mortalidade, conhecimentos especializados nos mecanismos básicos de doenças, multiplicação das possibilidades de prevenção de doenças infecciosas, atenção padronizada e de elevado nível para doenças de alta prevalência, como relacionadas à aterosclerose, e o diagnóstico precoce e tratamento para doenças oncológicas.

Ainda que pouco comentado, para o bem da verdade, importa ainda ressaltar que algumas recomendações presentes no relatório de Flexner, já em 1910, foram deixadas de lado, por razões várias, como a exigência de maior demanda de tempo e esforços de professores e, principalmente, por se privilegiar o foco na reforma científica e não em uma reforma educacional médica. Eis os pontos presentes no relatório e que foram, em maior ou menor grau, ignorados: necessidade de integração entre ciências básicas e clínicas durante o curso, problema real e que persiste ainda hoje nas escolas médicas, em que os ciclos básico e prático não se misturam, embora atualmente alguns trabalhos importantes venham sendo propostos como resposta no campo das metodologias participativas (BEDIM, 2006); estímulo ao aprendizado ativo; limitação ao aprendizado relativo à memorização (recomendava-se redução das aulas expositivas); estímulo ao desenvolvimento do pensamento crítico e resolução de problemas; e, por fim, foco no aprendizado contínuo mesmo após o curso de graduação (TOMEY, 2002). Apesar de dar forte ênfase ao método científico, sempre esteve claro em Flexner que a ciência isoladamente era inadequada para uma prática profissional de base e que a “intuição e simpatia” eram necessárias e de ensino muito mais complexo (LUDMERER, 2010), o que se comprova pelo que escreveu Flexner em uma publicação de 1925, em uma evidente crítica ao modelo por ele proposto: “Mas a medicina científica na América – jovem, vigorosa e positivista – é hoje tristemente deficiente em termos culturais e filosóficos” (FLEXNER, 1925, p. 18, tradução nossa)³.

Assim, até aqui, tratou-se da questão do surgimento e da predominância de um modelo biotecnista de medicina, também chamado biomédico ou flexneriano ou do

³ *But scientific medicine in America – young, vigorous and positivistic – is today sadly deficient in cultural and philosophic background.*

paradigma flexneriano. Também foi feita a ressalva de que tal modelo engloba as recomendações de Flexner cumpridas no tocante ao modelo cientificista, e esquecidas no tocante a uma série de outras recomendações de cunho humanístico, menos valorizadas no século passado.

2.2 – CONCEPÇÃO DE MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Surge, porém, um movimento, já perceptível na década de 60 do século XX, que se volta, em linhas gerais, para uma valorização da medicina preventiva (LAMPERT, 2009). Em 1986, na Carta de Ottawa⁴, começa-se a discutir a Promoção da Saúde, valorizando a identificação de determinantes da saúde para além do plano biológico: convergência, também, para o estilo de vida e para o ambiente onde o homem se insere.

No Brasil, desde o fim da ditadura militar e início do processo de redemocratização, um novo discurso questiona o modelo conceitual vigente de ensino médico e propõe mudanças, seguindo o rumo das reformas relacionadas à saúde. Um marco substancial ocorrido mais tardiamente neste período foi a elaboração e a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina em 2001. No Brasil, hoje, todas as escolas médicas devem adotar as normas e regulamentações definidas pelas novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina promulgadas em 2014, em substituição àquela de 2001. Historicamente, as DCN para os cursos de graduação em Medicina, foram instituídas em 2001 pela Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação (CNE) surgindo como consequência da promulgação, em 1996, da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional (LDB), nº 9.394. As alterações nas leis e diretrizes vieram para substituir leis equivalentes de 1948 (a primeira LDB) e a Resolução nº 8 do extinto Conselho Federal de Educação (CFE), de 1969, ainda do Regime Militar. É inegável que havia um ambiente propício na área da saúde para o surgimento das DCN em 2001: fora realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e, em 1988, a aprovação da Constituição Federal (CF/88), fortemente influenciada pelos progressos advindos da CNS de 1986. Desta maneira, a formulação das políticas do setor da saúde na Constituição Federal de 1988 foi influenciada pelos movimentos que traziam

⁴ Documento aprovado na Conferência de Ottawa de 1986. Tinha como objetivo contribuir com as políticas de saúde dos diversos países signatários.

a ideia de uma medicina preventiva e de promoção da saúde. O modelo conceitual teórico biologicista não era mais compatível com os anseios da sociedade expressos nos inúmeros movimentos que culminaram com a Conferência Nacional de Saúde de 1986 e com a Constituição Federal de 1988.

As DCN 2014 determinam que a formação do graduando deve ser desdobrada em três grandes áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. A cada grande área correspondem princípios e valores a serem seguidos. Embora extenso, os princípios e valores contidos nas DCN 2014 foram aqui transcritos pela importância emblemática do que significam em termos de necessidade de mudança na formação médica.

Para a grande área de Atenção à Saúde propõe-se a concretização de múltiplos objetivos, todos literalmente retirados do texto das DCN 2014: “acesso universal e equidade como direito à cidadania”, “integralidade e humanização do cuidado”, “qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas”, “segurança na realização de processos e procedimentos”, “preservação da biodiversidade com sustentabilidade”, “ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética”, comunicação com “empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado”, “promoção da saúde”, “cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional” e “Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência” (BRASIL, 2014, p. 2).

Para a área da Gestão em Saúde, o foco passa a ser a compreensão de princípios e a participação no gerenciamento e administração em saúde: “promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos”, “melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo”, “Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde”, uso de “novas tecnologias da informação e comunicação”, “Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais”, “Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes”, “Construção participativa do sistema de saúde” e “Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à

saúde [...] com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.” (BRASIL, 2014, p. 3).

Ainda dentro do que recomendam as DCN 2014, na área da Educação em Saúde o graduando deve se comprometer com sua própria formação: “aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem”, “aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada [...] desde o primeiro ano do curso”, “aprender Inter profissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento”, “aprender em situações e ambientes protegidos e controlados”, “comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão [...] promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos”, “propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis” e “dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina” (BRASIL, 2014, p. 3-4).

Fica evidente que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 trazem a exigência de formação de médico generalista, crítico, reflexivo, certamente reflexo das discussões acadêmicas e de uma política mais voltada para a aposta em uma modelo não apenas biologicista. A persistência de uma lógica de modelo fragmentador, que encara a doença como processo biológico natural vinculado a determinados órgãos e sistemas, fez com que se deixasse de observar o todo e os múltiplos tons desta paisagem. A preocupação em se alcançar o ideal de formação médica preconizado pelas DCN 2014 vai exigir, sobremaneira, uma abordagem fundamentalmente alicerçada na formação ética deste profissional:

O graduado em Medicina terá formação geral, **humanista, crítica, reflexiva e ética**, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p. 1, grifo nosso).

Assim, as DCN 2014 para os cursos de graduação em Medicina, ao elencarem as múltiplas competências a serem desenvolvidas – apesar de não se descuidarem da excelência técnica, como se conclui pelas recomendações como “qualidade na atenção

à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas”, “segurança na realização de processos e procedimentos” (BRASIL, 2014) – demonstram uma preocupação atenta e profunda com uma nova abordagem conceitual da formação médica, voltada também à determinação social do processo saúde-doença. A preocupação com uma formação mais humanizada remete à necessidade de fortalecimento e capacitação em temas como pensamento crítico e reflexivo, comportamento moral e responsabilidade social que, para serem desenvolvidos, demandam o estímulo à busca e à construção de modelos que sejam trazidos ao campo das possibilidades, seja na graduação, na grade curricular (em forma de disciplina, ou transversalmente em todo o curso), seja continuamente em processos de educação permanente.

As decisões políticas são o resultado de uma exigência inicial das comunidades. De fato, é a população atendida, ou seja, a sociedade em geral, que vem escolhendo um caminho que foge ao modelo médico isoladamente tecnicista. O usuário dos serviços de saúde, hoje em dia, não se satisfaz apenas com um modelo de profissional médico que seja considerado grande conhecedor da técnica, mas exige que ele saiba também compreender os anseios do outro enquanto sujeito e não enquanto objeto. Percebe-se um anseio generalizado por uma capacitação mais ampla, mais generalista, não apenas tecnicamente, mas que propicie um aprendizado rico de conteúdo humano e coletivo, com foco não apenas no individual mas no coletivo, nas relações que se perpetuam no cotidiano: capacidade de acolhimento, empatia, capacidade de escuta e compreensão sem pré-julgamentos. A realidade, de fato, ainda não corresponde, em sua maioria, aos anseios de uma medicina que valorize a integralidade da assistência, entendida como novo modelo paradigmático de formação e cuidado. Vive-se uma situação dicotômica, de transição e de conflitos. Há uma idealização que faz com que se imagine o médico como alguém que deve sempre acolher, confortar e consolar, que valoriza não apenas o conhecimento técnico, mas também outros aspectos do ser humano em sua integralidade. Entretanto, nem sempre é o que ocorre. Razões para esta dicotomia tecnicismo/humanismo, razão/emoção, corpo/espírito podem e devem ser buscadas na atual crise pela qual passa a modernidade, conforme citado previamente. É sob a égide da razão e do tecnicismo que ainda hoje são formados nossos profissionais médicos:

A ideia de modernidade, na sua forma mais ambiciosa, foi a afirmação de que o homem é o que ele faz, e que, portanto, deve existir uma correspondência cada vez mais estreita entre a **produção**, tornada mais eficaz pela ciência, a **tecnologia** ou a administração, a organização da sociedade, regulada pela lei e a **vida pessoal**, animada pelo interesse, mas também pela vontade de se liberar de todas as opressões. Sobre o que repousa essa correspondência de uma cultura científica, de uma sociedade ordenada e de indivíduos livres, senão sobre o **triunfo da razão**? (TOURAINÉ, 2012, p. 9).

Os serviços de saúde devem se orientar e se organizar no intuito de corresponder às angústias e anseios de quem sofre. As reformas no setor de saúde devem seguir unidas à formação de recursos humanos para a saúde (LAMPERT, 2009).

Em meio às dificuldades de formação, é crucial recordar a crise assistencial pela qual passa o sistema de saúde brasileiro, que tem como causas imediatas os problemas de acesso ao sistema, a má gestão dos recursos existentes, a corrupção presente e em níveis assustadoramente elevados, a má remuneração dos profissionais, a má formação técnica profissional, a não adesão à terapêutica por parte do paciente, a ausência de programas eficazes de prevenção de doenças prevalentes, a burocracia e a não informatização de prontuários, etc. Não é tarefa fácil analisar um problema tão intrincado como o da crise na assistência médica.

Assim sendo, após esta explanação inicial, já se poder falar no surgimento de um novo paradigma da formação médica: trata-se de uma maneira de abordar a educação médica que, sem esquecer o componente necessário de forte cunho técnico-científico, passa a trazer a preocupação justa e esperada de uma abordagem simultânea do papel do médico quanto à sua responsabilidade humana e social. É o que vem sendo chamado de paradigma da integralidade, que foca também “uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população” (LAMPERT, 2009). Um modelo de formação teórico conceitual da determinação social da doença, definido por Engel, em 1977, como modelo biopsicossocial em oposição ao modelo biomédico (ENGEL, 1992).

Do ponto de vista da formação médica este novo paradigma tem como foco a saúde e não a doença, o processo ensino-aprendizagem centrado no aluno e sua participação ativa, o ensino da prática ocorrendo no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e interagindo com os sistemas de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde (SUS), a capacitação docente voltada para o aspecto técnico-científico mas também didático-pedagógico e a discussão crítica dos

aspectos econômicos e humanísticos da prestação dos serviços de saúde e suas implicações éticas (LAMPERT, 2009). Acrescente-se a isto a flexibilidade para outras racionalidades médicas, a responsabilidade social, o pensamento crítico e a valorização da atuação interdisciplinar (DA ROS, 2004).

Importa também abordar a questão da formação dos professores e preceptores dos cursos de medicina. Poucos são os professores dos cursos de medicina com alguma formação específica para o ensino. A seleção dos profissionais vem, principalmente nos serviços privados, ocorrendo com base na conceituação técnica em sua especialidade, ou seja, na sua atuação assistencial. Tal fato perpetua o modelo de controle da relação médico-paciente como tecnicista: em que o paciente perde sua dimensão de gestor da própria vida e se entrega aos comandos de quem está assistindo. Os estudantes que acompanham tal modelo de atuação perpetuarão o comportamento aprendido. Neste sentido, o modelo pedagógico tem muito a auxiliar, já que busca trazer o aluno para lugar de sujeito, estimulando a própria formação em gestão e educação, nunca para o lugar do objeto. É necessário que este ciclo seja quebrado e revertido. A formação de professores para os cursos de medicina com conhecimentos pedagógicos significativos proporcionará a formação de novos médicos gestores da própria formação, e que, conseqüentemente, valorizarão também o conceito de paciente enquanto gestor da própria vida e não objeto.

Em referência às mudanças de um mundo antigo para outro novo, em especial quanto ao que ocorre na transição entre um padrão biotecnista para um padrão biopsicossocial, “não entramos em um mundo completamente novo, mas sim numa variante dentro do pensamento científico moderno – uma reorientação, que eu chamaria de uma volta de fora para dentro” (HEUER, 2010, p. 534). Parece ser o que está ocorrendo no processo de formação médica hoje em dia, tendo em vista as indagações quanto à concepção de modelos paradigmáticos.

A partir de sua experiência como psiquiatra e professor, Engel propõe um modelo conceitual que vem fortalecer o conceito de integralidade em medicina: um despertar para as dimensões social, psicológica e comportamental na prática clínica. A exclusão do componente psicossocial da prática médica como vem ocorrendo obrigatoriamente desde o século XVIII é o grande obstáculo ao amadurecimento da medicina como disciplina humana (ENGEL, 1992). Mudanças conceituais ocorridas no século XX e início do século XXI, relacionadas às ciências, como as relações entre física quântica e medicina psicossomática (RAKOVIC e SLAVINSKI, 2011) e

manifestações físicas de distúrbios emocionais (GROF, 2011), tornam a exclusão do fenômeno humano imaterial insustentável e legitimam os esforços de busca por meios científicos apropriados para o domínio humano (ENGEL, 1992).

Afirmo que toda a medicina está em crise e, além disso, a crise da medicina deriva da mesma falha básica da psiquiatria: a adesão a um modelo de doença que não é mais adequado para as tarefas científicas e as responsabilidades sociais da medicina ou da psiquiatria. A importância de como os médicos conceituam a doença deriva de como tais conceitos determinam quais são considerados os limites apropriados da responsabilidade profissional e como eles influenciam as atitudes e o comportamento com os pacientes ⁵ (ENGEL, 1989, p. 38).

A maneira como se enxerga o adoecer, estritamente do ponto de vista positivista, é limitada. O processo saúde-doença deve ser compreendido como algo que não depende apenas do que afeta o homem através de agentes químicos, físicos ou biológicos, mas que é íntima e fortemente relacionado ao que existe interiormente, não apenas do ponto de vista genético, mas também e especialmente sob outras dimensões, como as que vem sendo abordadas pela física quântica e pela psicossomática. A relação entre emoção e adoecimento vem sendo, a cada dia, mais aceita. Existem teorias que apoiam a correlação entre alguns eventos da vida e a possibilidade imediata com o adoecimento, havendo estudos epidemiológicos que comprovam esta relação, bem como outras teorias que afirmam que determinados estilos de vida ou comportamentos relacionados à personalidade, poderiam estar vinculados a doenças somáticas (ONGARO, 1994).

A contribuição da Psicossomática é, pois, oferecer uma alternativa para assistência tecnológica que funciona nos moldes do modelo biomédico, e permitir a abordagem do doente como portador de “problemas de viver” e não só de doenças (ONGARO, 1994, p. 174).

Desta forma, a humanidade caminha de um paradigma de ciência que afirma quase dogmaticamente que o que é estudado existe externamente e independentemente do pesquisador, para um paradigma que afirma a indivisibilidade entre o que é estudado e o pesquisador. Sob esta nova visão, o que aplicado à prática

⁵ *I contend that all medicine is in crisis and, further, that medicine's crisis derives from the same basic fault as psychiatry's, namely, adherence to a model of disease no longer adequate for the scientific tasks and social responsibilities of either medicine or psychiatry. The importance of how physicians conceptualize disease derives from how such concepts determine what are considered the proper boundaries of professional responsibility and how they influence attitudes toward and behavior with patients (ENGEL, 1989).*

médica traz o doente da condição de objeto de estudo à condição de ser, capaz e corresponsável pelo seu cuidado, Maturana afirma:

Por meio deste convite reflexivo, entenderemos que os problemas nas comunidades humanas (quaisquer que elas sejam) surgem de conflitos humanos e os conflitos surgem de problemas emocionais que podem aparecer no entrecruzamento inconsciente de desejos contraditórios, e que podem ser resolvidos a partir da reflexão [...]” (MATURANA e DÁVILA, 2011, p. 229)

Pelo descrito apreende-se a vivência de um momento de crise paradigmática. Tal crise se reflete na educação médica. Para Hannah Arendt o período de crise é o ideal para uma intervenção, o questionamento do *status quo* gera instabilidade e a possibilidade de que um novo modelo seja elaborado. O estudo do pensamento político-filosófico de Arendt tem muito a auxiliar na compreensão do processo de transformação da educação médica. Um novo referencial teórico que possa fortalecer o processo de transformação entre modelo biomédico e modelo da integralidade da assistência ou modelo biopsicossocial.

Para melhor compreender tal quadro de coisas conforme se delineiam, sustentando uma lógica marcada por uma inversão de valores (público/privado, técnico/humano), busca-se em Arendt uma composição de ideias inspiradoras. O espaço privado que vem progressivamente ocupando o lugar do espaço público e a destruição da importância das ciências humanas com favorecimento do tecnicismo e do saber especializado e utilitarista vem gerando uma sociedade moralmente vazia e em crise:

O motivo desse estranho estado de coisas nada tem a ver, diretamente, com a educação; deve antes ser procurado nos juízos e preconceitos acerca da natureza da vida privada e do mundo público e sua relação mútua, característicos da sociedade moderna desde o início dos tempos modernos (ARENDR, 2016a, p. 237).

Arendt vai propiciar o reavivamento de um modo de compreender e interpretar, durante o processo de educação médica, os componentes que permanecem calados, mas ainda vivos nos corações dos que vivenciam sua obra e sua ação⁶.

⁶ No sentido arendtiano, conforme descrito em *A Condição Humana*.

3 – RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA

3.1 – EDUCAÇÃO MÉDICA EM ARENDT

Ao abordar as contribuições do pensamento de Hannah Arendt para a formação Ética do médico, surge como obrigatória a contextualização do cenário atual de formação de atuação do futuro profissional. A formação médica encontra-se circundada por um borbulhar de desafios relacionados a múltiplos fatores que, em conjunto, configuram uma crise que envolve a Educação e a Saúde. A Medicina acolhe seus componentes humanos em atividades de assistência, pesquisa e ensino, significando uma área ampla de atuação e sujeita a significativos embates. O modelo assistencial passa por intensas mudanças nos últimos anos, consolidando-se como área em crise permanente. É fácil imaginar que a tarefa de formação relacionada ao processo de ensino-aprendizagem que ocorre neste meio deverá enfrentar fortes desafios. Desta forma, busca-se, nesta dissertação, limitar o contexto vigente a uma abordagem que se pretende profunda, embora não tenha a intenção de esgotá-la: foco no processo de formação do médico.

A proposta é alinhar alguns itens de reflexão sobre a crise de autoridade, conforme descrita por Arendt, e seus efeitos na formação do médico. O objetivo primordial é construir um diálogo que traga subsídios para o enfrentamento dos desafios atuais na educação médica, conforme explicitado no capítulo anterior, sempre que possível, pontuando as limitações deste diálogo frente ao contexto histórico em que viveu a autora, eventualmente selecionando novos recursos em autores correlatos.

Antes de abordar propriamente o conceito sobre autoridade, importa esclarecer o modelo definido por Arendt em sua obra *A Condição Humana* (ARENDR, 2014), quanto à definição de nascimento, natalidade e educação. A autora descreve, com a expressão *vita activa*, três atividades fundamentais da vida humana que precisam ser detalhadas, com o objetivo de facilitar a compreensão ao longo do texto. São elas: o trabalho, a obra e a ação. O **trabalho** corresponde ao processo biológico, ou seja, aquilo que assegura a sobrevivência do indivíduo e da espécie: tudo que é necessariamente imediato para a manutenção biológica do ser. A condição humana da **obra** proporciona um mundo artificial de coisas perenes que conferem durabilidade à vida humana na terra, aquilo que será herdado por outros homens e que pode ser

compartilhado com outras gerações, a que se pode denominar de mundanidade⁷ (ARENDT, 2014, p. 9). A **ação**, por sua vez, é a única atividade que independe da mediação das coisas e que ocorre devido à pluralidade da existência dos seres humanos, homens e mulheres, e não da humanidade. Esta atividade humana, a ação, é a que tem a mais estreita correlação com a natalidade, sendo considerada a “atividade política por excelência” (ARENDT, 2014, p. 11). O termo natalidade para Arendt tem o significado bastante específico de nascer para o mundo, para o mundo dos homens, pois “nesse sentido de iniciativa, a todas as atividades humanas é inerente um elemento de ação e, portanto, de **natalidade**” (ARENDT, 2014, p. 11), bastante diverso de **nascimento** do ponto de vista biológico. A educação está associada ao fenômeno da natalidade de maneira intrínseca e definitiva. É a partir deste nascer para o mundo que às crianças é apresentado o mundo como é hoje conhecido. Cabe ao professor fazer com que o aluno se sinta parte do mundo, o que é muito mais do que aprender informações sobre o mundo: é fazer com que os alunos se sintam parte e queiram agir (ação) com responsabilidade no mundo. O aluno, por sua vez, interferirá neste mundo.

Em seu texto “A crise na educação” (ARENDT, 2016a) publicado pela primeira vez em 1957, Hannah Arendt manifesta-se de forma crítica em relação a uma visão considerada mais progressista da educação. Em verdade, mais que uma crítica à educação progressista, sua crítica se dirige à concepção tecnicista da educação. A autora justifica sua manifestação sobre a educação partindo do pressuposto de que o homem pode se expressar sobre “distúrbios em áreas acerca das quais, em sentido especializado, ele pode nada saber” (ARENDT, 2016a, p. 222), principalmente pelo fato de que, em uma situação crítica, mesmo que não se esteja imediatamente envolvido, pode-se aproveitar uma oportunidade “proporcionada pelo próprio fato de a crise – que dilacera fachadas e oblitera preconceitos” (ARENDT, 2016a, p. 222), exigir respostas. Arendt referia-se ao fato de não ser uma educadora profissional, mas o que não a impediria de investigar a essência do problema.

Assim, ao analisar a crise na educação americana, Arendt se esforça na concepção de que aprendizado não é o mesmo que educação. Para a autora, a educação é o processo através do qual as crianças são introduzidas no mundo adulto, pré-existente, em que nasceram, enquanto o aprendizado ocorrerá por toda a vida. O

⁷ *worldliness*

nascer para o mundo, ou seja, a natalidade, é o cerne da educação. Desta forma, enquanto processo de introdução da criança e dos jovens no mundo adulto, neste sentido, haverá um fim em algum momento. A educação se inicia na família, sendo necessária a escola como intermediadora entre a vida privada familiar e o espaço comum do adulto (domínio público). O papel do professor é o de apresentar este mundo para o qual as crianças e jovens são trazidos através da **natalidade**, e isto se configura no nascer para o mundo, tarefa que deverá ser exercida com autoridade e baseada na tradição, segundo Arendt.

Faz-se necessário retornar ao ponto em que Arendt define a escola como um ambiente pré-político, tendo em vista tratar-se de afirmação que pode gerar alguma controvérsia, se mal interpretada. Não se trata de dizer que não haja política nos mecanismos de escolha e decisões sobre assuntos “de interesse público ou, como a extensão do direito de acesso ao ensino, as escolhas curriculares e até mesmo os objetivos expressos no projeto pedagógico” (CARVALHO, 2010, p. 848). O objetivo desta definição de relação pré-política para as práticas pedagógicas entre professores e alunos no ambiente escolar firma-se na necessária diferenciação entre estas e a “natureza das relações que se estabelecem entre cidadãos na esfera pública” (CARVALHO, 2010, p. 848). Trata-se de um esclarecimento de um encontro de definições potentes e determinantes na sequência do texto.

Segundo Arendt, há uma série de riscos a que são expostas as crianças e jovens cuja formação ocorre sob a égide de alguns conceitos em maior ou menor grau vigentes. Um tema delicado é a questão do conceito de igualdade: “mais que a igualdade perante a lei, mais, também, que o nivelamento das distinções de classe, e mais ainda que o expresso na frase ‘igualdade de oportunidade’” (ARENDR, 2016a, p. 228), desvelando no risco elevado de “igualar ou apagar tanto quanto possível as diferenças entre jovens e velhos, entre dotados e pouco dotados, entre crianças e adultos e, particularmente, entre alunos e professores” (ARENDR, 2016a, p. 229). De fato, existe uma crise na relação entre aluno e professor. Tal crise se revela desde o ciclo fundamental. Segundo a autora, três pressupostos básicos são responsáveis por parte da crise da educação. O primeiro, a transferência para uma sociedade de crianças e jovens da autonomia referente ao que fazer e não fazer, cabendo aos adultos apenas auxiliar este governo: a essência das relações normais entre adultos e crianças estão, deste modo, suspensas. Neste primeiro caso “ao emancipar-se da autoridade dos adultos, a criança não foi libertada, e sim sujeita a uma autoridade

muito mais terrível [...] que é a tirania da maioria” (ARENDDT, 2016a, p. 230), gerando conformismo ou delinquência. O segundo pressuposto vem relacionado à emancipação total entre a ciência do ensino e a matéria (conteúdo) que deveria ser efetivamente ensinado. Significa aceitar a ideia de que o professor poderia ensinar qualquer disciplina já que “sua formação é no ensino, e não no domínio de qualquer assunto particular” (ARENDDT, 2016a, p. 231). Neste caso há uma conseqüente perda da autoridade pelo simples fato de que os alunos são abandonados a seus próprios recursos, dada a ineficácia do professor em auxiliá-los⁸. O terceiro pressuposto consiste em substituir o aprendizado pelo fazer. Aqui está a razão pela qual o professor transferiu-se do papel de transmissor de conteúdo à condição de demonstrador de como o saber é produzido, sempre com foco na transmissão de uma habilidade. Acrescente-se aos três pressupostos o adiamento, em favor “da autonomia do mundo da infância” (ARENDDT, 2016a, p. 233) da preparação da criança para o mundo do adulto.

Segundo Topolski “estes três pontos, [...] ajudam a esclarecer as conseqüências pedagógicas de se permitir que a política do domínio público entre nas escolas e tragam à luz o perigo dos programas que tentam criar cidadãos na sala de aula.”⁹ (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 267). É neste sentido que o domínio privado tem a função de proteger e nutrir as crianças, e é uma obrigação dos adultos proteger este espaço.

Propõe-se trazer para o mundo da educação médica estes três pressupostos básicos de Arendt como justificativa para parte da crise na educação médica. Antes, porém, importa ressaltar que Arendt se referia ao processo de educação de crianças e jovens (temporalmente limitado e que depende da autoridade e da tradição), um processo que a autora define como educação e que deve ser diferenciado de aprendizado (que permanece ocorrendo por toda a vida e independe da autoridade e da tradição). Pode-se desenvolver, tendo em mente o comportamento do professor dos cursos de Medicina, uma linha de raciocínio pareada: o primeiro pressuposto arendtiano aplicado à educação médica significaria a transferência de autonomia para

⁸ No Brasil o movimento que representou este modo de pensar foi a Escola Nova: “Enquanto, nessas interpretações, a Escola Nova aparece como uma forma de aprimoramento qualitativo, eu ousaria dizer o inverso: que [...] desempenhou um papel de degradação da qualidade do ensino escolar” (SAVIANI, 2000, p. 183).

⁹ *These three points, [...] help to clarify the pedagogical consequences of allowing the politics of the public realm to enter the schools and bring to light the dangers of programmes that try to create citizens in the classroom* (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008).

o graduando. Ora, mas como isso poderia ser problema se, de fato, é o que se busca estimular numa educação médica que intenciona formar pessoas autônomas e responsáveis? Esta transferência de autonomia pode ser benéfica, à medida que leva o estudante à participação em decisões que impliquem em preocupação com o próximo, criando um modelo de ensino que promoveria o desenvolvimento da autonomia com responsabilidade. Infelizmente, o que muito frequentemente se observa, é um modelo de transferência de atividades exaustivas de um preceptor para um aluno, que passa a agir no lugar do preceptor, exercitando autonomamente, frequentemente sem supervisão adequada, uma atividade médica vedada a não médicos. O exemplo que este modelo fortalece passa a ser o da irresponsabilidade, estimulando a criação de uma pseudoautonomia no aluno, o que apenas faz desconstruir a noção de autoridade na relação professor-aluno. O segundo pressuposto é o que relaciona a emancipação entre ciência do ensino e matéria (conteúdo): é frequente encontrar na prática cotidiana um modelo exatamente inverso. Hoje a seleção docente parte do princípio de que um bom profissional médico será também um bom professor de medicina. As formas de seleção e contratação, em especial nas escolas privadas, são repletas de interesses políticos¹⁰ que sobrepujam quase sempre as verdadeiras necessidades da escola e dos estudantes. São múltiplas as disputas e múltiplos os sujeitos envolvidos. Estes professores são, geralmente, especialistas em uma área do saber, normalmente capazes em sua área assistencial, mas sem formação compatível com o que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina e com o que a sociedade vem definindo como prioridade no atendimento à saúde, seja no que tange a conhecimentos pedagógicos, seja numa formação que ignora um outro paradigma assistencial biopsicossocial. O resultado é a manutenção de um ciclo de formação ainda dicotômico, com diretrizes mirando um alvo diferente daquele alvo para o qual os médicos foram educados. Assim, encontram-se incapazes de atender à solicitação proposta, sem que se discuta culpa ou dolo. Certamente se encontram nesta trama os reflexos diretos do modelo biomédico de formação a que foram sujeitos os atuais médicos. E é neste ponto que a transformação do paciente sujeito em paciente objeto se explica: não há formação pedagógica para o professor de medicina, portanto, os professores não são treinados em um modelo de formação que traga o estudante para lugar de sujeito o que, se ocorresse, poderia favorecer

¹⁰ Este componente não é negado por Arendt quando afirma que a escola é um ambiente pré-político, já que a autora se refere às atividades pedagógicas professor-aluno.

enormemente a atividade autônoma do futuro médico, bem como facilitar o surgimento de um movimento que buscase o paciente para dentro do processo de cuidado, corresponsabilizando-o pelo resultado do cuidar. O terceiro pressuposto, que se refere à questão de substituir o aprendizado pelo fazer, vem, neste caso, trazer a dificuldade relacionada à dicotomia teoria-prática. Por mais que se tenham percebido progressões na escola médica relacionadas à ampliação dos cenários de aprendizagem e de criação de modelos de ensino com atividades práticas, o padrão segue uma configuração estrutural que distancia teoria e prática. A maior parte das escolas mantém o modelo de ciclo básico seguido de ciclo prático (Internato ou Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço). Não há, em sua essência, uma atividade teórica mesclada ao modelo de atendimento prático, de vivência desde os primeiros anos do curso de medicina, salvo exceções pontuais. A mudança que se busca é paradigmática e deverá ocorrer sem interrupção do modelo vigente, o que dificulta ainda mais a concretização das mudanças já pensadas.

3.2 – TRADIÇÃO, AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL

Em continuidade à problemática da autonomia do estudante de medicina, um tema árduo e que deve ser explorado mais detidamente é aquele relacionado à questão final da responsabilidade na educação, que vem associada à questão da autoridade. Conforme Arendt, a crise da modernidade se revela tão profunda que consegue alcançar até mesmo os patamares pré-políticos, como a educação, onde a autoridade sempre foi tida como essencial, aceita naturalmente como meio de proteção à criança e como necessidade política de garantia de continuidade (tradição) de uma sociedade (ARENDR, 2016a). E esta crise na educação se correlaciona com a perda da tradição, ou seja, um novo posicionamento da sociedade quanto aos fatos passados, a desconsideração quanto ao papel do passado na vida atual, e sua consequente perda da autoridade, partindo-se do pressuposto de que tal autoridade se baseia na tradição. Esclarece ainda que a autoridade a que se refere é diferente tanto da coerção pela força quanto do que se obtém através da persuasão:

Contudo, a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesmo fracassou. A autoridade, por outro lado, é incompatível com a persuasão, a qual pressupõe igualdade e opera mediante um processo de argumentação (ARENDR, 2016b, p. 129).

Não restam dúvidas de que, para Arendt, a autoridade deriva diretamente da tradição, isto é, a fundamentação do poder de comando reside na tradição e, com a perda desta tradição, deste “fio que nos guiou com segurança através dos vastos domínios do passado” (ARENDR, 2016b, p. 130), toda a dimensão do presente foi colocada em risco. A autoridade do professor deriva da sua responsabilidade que assume por este mundo. Muito embora suas qualificações de professor sejam indispensáveis à sua obra, por si só não definem a autoridade:

A relação autoritária entre o que manda e o que obedece não se assenta nem na razão comum nem no poder do que manda; o que eles possuem em comum é a própria hierarquia, cujo direito e legitimidade ambos reconhecem e na qual ambos têm seu lugar estável predeterminado. (ARENDR, 2016b, p. 129).

Assim, uma verdadeira autoridade para Arendt se manifesta através do reconhecimento, sendo o outro a conferir tal autoridade e, portanto, legitimá-la. O uso da força definiria um quadro compatível com o autoritarismo, enquanto a persuasão deixa de ser autoridade por usar o convencimento. Assim, de forma legítima se constrói uma relação de reconhecimento de autoridade àquele que legitimamente representa a tradição, o passado, pois o “velho que preserva sua validade ou que encarna uma tradição ou marca uma presença no tempo continua novo” (FREIRE, 2015, p. 36). Deriva, assim, do início da ação conjunta, da fundação da comunidade política. A ausência de autoridade nada mais é que a incapacidade de o adulto apresentar o mundo ao outro e de se responsabilizar pelo mundo, pelas intervenções deste novo ator no mundo, bem como de proteger este outro dos excessos do mundo ao seu redor.

Transportando este contexto para a educação médica, o professor é o responsável por apresentar um mundo novo aos estudantes de medicina, não somente aquele mundo apresentado pela escola e pela família, mas um mundo simbólico de conhecimentos e complexidades. A crise na educação médica se reflete de modo dramático nesta conjuntura, pois tanto a ruptura com a tradição quanto a perda de autoridade desestabilizam o papel do professor de apresentar um novo mundo e, ao apresentá-lo, fazer com que o aluno se responsabilize por ele ao mesmo tempo em que o conhecendo, seja protegido do próprio mundo. Assim, não se constrói a autoridade na relação professor aluno já que o reconhecimento enquanto mediador da tradição está desconfigurado. Na medicina, área do conhecimento que depende de uma abordagem de excelência técnica e humana, os efeitos são catastróficos. Arendt afirma

que a construção das mudanças no futuro se baseia no reconhecimento das práticas instituídas no passado e, a partir delas, com o evento da natalidade, uma construção conjunta através da ação modificadora, como participante da mudança, daqueles que chegam a este mundo, mas nunca perdendo de vista a responsabilidade pelo próprio mundo da parte dos que chegam. Deste modo, no âmbito da educação médica, a crise da modernidade vem gerando danos irremediáveis ao relacionamento interpessoal, mormente na futura relação médico-paciente já que: “As pessoas não querem mais exigir ou confiar a ninguém o ato de assumir a responsabilidade por tudo o mais, pois sempre que a autoridade legítima existiu ela esteve associada com a responsabilidade pelo curso das coisas no mundo” (ARENDR, 2016a, p. 241).

Ainda retomando o discurso teórico da perda da autoridade, Arendt a situa como uma etapa final histórica que se iniciou com a perda progressiva de outros elementos como a tradição e a religião. A afirmação de que a ação ocorre na interação entre os seres humanos, homens e mulheres, e não na humanidade, significa dizer que o eu isolado e individual não segue o caminho da preocupação com o mundo ou com os outros. “O problema da educação no mundo moderno está no fato de, por sua natureza, não poder esta abrir mão nem da autoridade, nem da tradição, e ser obrigada, apesar disso, a caminhar em um mundo que não é estruturado nem pela autoridade, nem tampouco mantido coeso pela tradição” (ARENDR, 2016a, p. 245). Essa perda da tradição nos priva da “dimensão de profundidade da existência humana” (ARENDR, 2016b, p. 130) e é, ela própria, a causa da destruição de valores construídos durante anos pelas gerações anteriores. De fato, tal perda não afeta, é claro, apenas a educação. Manifesta-se de maneira ampliada como uma crise da cidadania.

Foi uma crise das crenças e supostos sobre os quais se apoiava a sociedade moderna, desde que os Modernos ganharam sua famosa batalha contra os Antigos, no início do século XVIII: uma crise das teorias racionalistas e humanistas abraçadas tanto pelo capitalismo liberal como pelo comunismo e que tornaram possível a breve mas decisiva aliança dos dois contra o fascismo, que as rejeitava (...) a crise moral não dizia respeito apenas aos supostos da civilização moderna, mas também às estruturas históricas das relações humanas que a sociedade moderna herdara de um passado pré-industrial e pré-capitalista e que, agora vemos, haviam possibilitado seu funcionamento. Não era a crise de uma forma de organizar sociedades, mas de todas as formas (HOBBSAWN, 1995, p. 20).

Em seu livro *Responsabilidade e Julgamento* Arendt, após uma citação a Churchill (ARENDR, 2004, p. 113), em referência aos eventos catastróficos da segunda

Grande Guerra, afirma que os homens construíram regras morais que guiaram a humanidade entre o que era considerado certo e o que era considerado errado, mas que tais regras haviam sido trocadas por outras e, de forma mais preocupante, trocadas rapidamente e sem dificuldades. As regras e costumes até então tidos como valores tradicionais e respeitados perderam seu valor, significando uma ruptura com a tradição. A religião, a tradição e a autoridade mantiveram uma sustentação estável para o desenvolvimento da *vita activa* e da *vita contemplativa*, ação e pensamento. Significa dizer que o mundo moderno perde suas referências de sagrado e passa a conviver com problemas elementares do relacionamento humano. Danah Zohar, autora do livro *O Ser Quântico*, descreve o mecanismo das trocas de conjuntos de regras morais:

"Eu" não sou nada além de minhas escolhas, de minha capacidade plenamente necessária de fazer escolhas e criar valores, mas as escolhas exatas em si são desnecessárias ou mesmo sem fundamento. Não há *razão* para elas, nenhum imperativo moral ou natural subjacente dizendo que devem ser de um tipo ou de outro. Assim, posso escolher o compromisso com alguém ou com um determinado conjunto de valores hoje, mas, exatamente da mesma forma, poderei escolher algum outro amanhã. Defino-me à medida que vou indo, e nada, nunca, precisa ser fixo. Não tenho passado. A negação do passado é uma tendência da cultura moderna que Sartre, em parte, apenas reflete, e que em parte foi incentivada por seu tipo de existencialismo (ZOHAR, 1990, p. 197).

Uma discussão aprofundada e com o objetivo de trazer luz para a questão da formação ética do estudante de medicina não se contentará ao dialogar apenas com um modelo de pensar. De fato, Arendt se apoia em conceitos que foram ampliados e debatidos por outros pensadores. Um tema sensível e envolvente como o da formação ética do futuro médico não se deve esgotar numa discussão fechada com um único pensador, mas sim ser usada como alavanca, como ponto de partida para uma infinidade de novas abordagens, em busca também de soluções viáveis para os problemas propostos, em autores que tenham abordado tópicos afins. A posição arendtiana sobre tradição e autoridade encontra sintonia em Hans Gadamer (1900-2002), assim como nas definições de Ética e Moral em Leonardo Boff (1938).

Pode-se buscar em Gadamer uma resposta para a questão da valorização da autoridade e da tradição em contextos atuais de corrupção difusa, quando se questiona: qual é o apreço que se tem à tradição nestes casos? Gadamer propõe a reabilitação do conceito de tradição e de autoridade, prejudicadas com o iluminismo. Foi com o iluminismo que o conceito de autoridade passa a ter uma conotação

depreciativa. Para o iluminismo, não pode haver verdade contida no preconceito ou na autoridade, sendo o uso da razão a única forma de se alcançar a verdade. Desta maneira, a autoridade passa a assumir o sentido oposto de razão e de liberdade, levando a uma correlação necessária entre autoridade e autoritarismo. Na verdade, a autoridade genuína não se confunde com o autoritarismo, nem em Arendt nem em Gadamer. Não se acata uma posição de autoridade porque estaria num nível de superioridade, mas porque há uma razão ou verdade no que é dito:

Na verdade, a autoridade é, em primeiro lugar, um atributo de pessoas. Mas a autoridade das pessoas não tem seu fundamento último num ato de submissão e de abdicação da razão, mas num ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio. Junto a isso dá-se que a autoridade não se outorga, adquire-se, e tem de ser adquirida se a ela se quer apelar. Repousa sobre o reconhecimento e, portanto, sobre uma ação da própria razão que, tornando-se consciente de seus próprios limites, atribui a outro uma perspectiva mais acertada (GADAMER, 1999).

A tradição, por sua vez, também sofre preconceitos. Arendt afirma a importância da tradição, como estrutura de formação no processo educacional, alinhada à autoridade. De fato, tudo o que é transmitido influencia o comportamento: influências que se mantêm presentes mesmo na vida adulta. Gadamer se apoia no Romantismo Alemão para defender a tradição, reconhecendo sua determinação nas instituições e comportamentos, mas, ao contrário do Romantismo que defende que a tradição continua sendo o contrário da liberdade racional, Gadamer amplia a compreensão de que a relação entre tradição e razão não é auto excludente: “Parece-me, no entanto, que entre a tradição e a razão não existe nenhuma oposição que seja assim tão incondicional” (GADAMER, 1999, p. 422). E complementa:

Inclusive quando a vida sofre suas transformações mais tumultuadas, como em tempos revolucionários, em meio a suposta mudança de todas as coisas conserva-se muito mais do que era antigo do que se poderia crer, integrando-se com o novo numa nova forma de validade. Em todo caso, a conservação representa uma conduta tão livre como a destruição e a inovação (GADAMER, 1999, p. 423).

Desta maneira, mesmo em contextos de uma tradição que se pense alinhada fortemente à ideia de corrupção, a conservação trazida pela tradição representa uma conduta livre, que será construída em conjunto com o que se edifica por cada novo ser

que é apresentado ao mundo, cabendo ao professor esta apresentação, cuidando para que o estudante seja protegido deste mundo e cuidando para que este estudante não seja uma nova ameaça para este mundo. De fato, uma pedagogia Arendtiana faria a junção entre as necessidades de cada geração conhecer o que veio anteriormente e suas necessidades de renovação do mundo através da ênfase na dupla responsabilidade do educador: a responsabilidade por preservar a totalidade da cultura (o mundo) e a responsabilidade em proteger o potencial de renovação e de criatividade dos jovens (GORDON, 2001). Paulo Freire, em *Pedagogia da Autonomia*, afirma primorosamente que “uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo. [...] Daí que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 2015, p. 30).

3.3 – ÉTICA E CIDADANIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Em meio à discussão sobre a validade de se ter a tradição como base para a autoridade do professor, importa trazer ao debate a questão ética. É necessário buscar conceitos básicos, estruturais e iniciais para esta compreensão. Sob o ponto de vista histórico, duas fontes orientam ética e moralmente a sociedade: a religião e a razão (BOFF, 2014, p. 28). A religião promoveria as condições de que a ideologia política ou o interesse econômico não dispõem para motivar as pessoas na elaboração de um consenso ético mínimo. Por outro lado, os códigos éticos que surgiram a partir da razão mantêm-se, por vezes, restritos ao ambiente acadêmico e distantes da população (BOFF, 2014, p. 29). Boff defende o afeto como fonte originária da ética. A partir do ponto de onde se originam os valores, a base última da existência humana, já que, antes da razão, vem algo mais elementar: a afetividade (BOFF, 2014, p. 30). Seria da tensão entre afeto e razão que surgiria uma ética proposta com base em um autodesenvolvimento controlado, fundado sob a base da ternura e do vigor, capazes de “sustentar um humanismo sustentável, fundado na materialidade da história e na espiritualidade das práticas humanas” (BOFF, 2014, p. 32).

A experiência da morada humana (*ethos*), não no sentido material, mas existencial e global, e o anjo bom (*daimon*) que traz o bem que inspira, a voz da interioridade, como base para os conceitos de ética e moral, descrito por Boff, encontra

ressonância em Núñez, no conceito de uma ética global da Hospitalidade. Núñez afirma existir, nos dias de hoje, uma carência de hospitalidade: “para superar a natural cautela perante um estranho, é necessário cultivar a capacidade de hospitalidade e também o sentido crítico” (NÚÑEZ, 2009, p. 20). Etimologicamente, as palavras hóspede, hospital, hospedaria, tem a mesma origem, do latim *hospes*. É significativo que exatamente num hospital, modelo escolhido pelo cuidar biotecnologista, se perceba a carência da hospitalidade.

Ao estudar a educação ambiental, Barenco descreve uma série de questionamentos que muito bem se encaixam no problema maior da educação médica, dentre os quais vale ser destacado: “Em que consiste uma nova compreensão de ética, que não seja expressão de princípios modeladores, morais e coercitivos, mas expressão de uma autonomia e responsabilidade humanas em contexto mundial de injustiças sociais e ambientais?” (MELLO, 2011, p. 196-7). Paulo Freire afirma que “a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estática” (FREIRE, 2015, p. 34).

Uma prática mais humana para a Medicina a partir das referências de responsabilidade e autoridade pode ser buscada em Arendt. É dela a ideia, muitas vezes interpretada como retrógrada, de uma educação conservadora. Ressalte-se, porém, que não existe uma associação direta entre este conservadorismo de Arendt e as práticas pedagógicas do modelo tradicional de ensino, mas sim no sentido da preservação: de proteger mutuamente do estranhamento: o jovem contra o mundo e vice-versa. “A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens” (ARENDR, 2016a). Arendt se esforça ainda por esclarecer que este tratamento especial deve ser dado por todos os adultos às crianças e aos jovens, dissociando o âmbito da educação daquele da vida pública e política para aplicar à educação um conceito de autoridade frente ao passado muito apropriado, mas sem validade geral (ARENDR, 2016a).

Aprofundando o tema, ao se caminhar pelo terreno da educação médica e da noção de autoridade em Arendt, percebe-se necessário expandir a perspectiva para além da educação e da medicina em si, com o objetivo de compreender melhor a complexidade da qual faz parte tal tópico. Desta forma, importa delimitar a questão da cidadania na filosofia política de Arendt, fornecendo uma possibilidade de conceituação

política de cidadania que pode superar a definição liberal baseada tão somente na concepção da intitulação de direitos (RAMOS, 2010).

Segundo Topolski, existe um paradoxo reconhecido por Arendt na questão relativa ao papel da escola na criação de cidadãos: ao mesmo tempo em que Arendt define que a escola é ambiente pré-político e como tal a formação da cidadania não é uma tarefa da escola, a educação pode, de maneiras diversas e secundariamente, ajudar a compreender e refletir sobre a crise contemporânea da cidadania (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008). Partindo-se da premissa de que a cidadania é uma questão política, então uma crise da cidadania é também uma crise política e como tal deverá ser solucionada. Mas quando se consideram as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014), e mesmo projetos sustentados por programas como o da UNESCO (UNESCO, 2015) em que cidadãos devem ser criados na sala de aula, realmente um paradoxo em relação ao posicionamento de Arendt quanto à escola como ambiente pré-político se descortina.

Topolski comenta a respeito da tradicional definição política de cidadania de T. H. Marshall¹¹ (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 262) e esclarece que tal definição engloba a relação de um indivíduo com a sua comunidade, a centralidade em se criar um senso comum de responsabilidade ou lealdade, e a falta de um fundamento mais elevado e transcendental para os direitos, havendo necessidade de as instituições protegerem tais direitos (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 262). Entretanto, traz à discussão a diferenciação entre o conceito de cidadania como “status legal” e cidadania como uma atividade desejável em que o cidadão atua como foco na participação na comunidade e no espaço público, no contexto de estruturas e instituições, fruto de uma definição mais ampla, não presente na definição de Marshall. Desta forma se projetam duas concepções de teoria política que se refletem no conceito de cidadania: o primeiro focado no estado, governo e instituições e o segundo, mais fenomenológico, já que busca compreender a experiência política e questões sobre alienação política e promover o interesse e a participação ativa do cidadão (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 263). Esta segunda definição, mais ampla, de cidadania é que se aproxima do conceito político de Hannah Arendt. De forma ainda mais ampla Arendt afirma que a cidadania é o direito a ter direitos, “pois a igualdade em dignidade e direito dos seres

¹¹ “*Citizenship requires a direct sense of community membership based on loyalty to a civilization which is a common possession... there are no universal principles that determine what those rights and duties shall be, but societies in which citizenship is a developing institution*” (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008).

humanos [...] é um construído da convivência coletiva, que requer acesso ao espaço público comum” (LAFER, 1997).

Sob a ótica do liberalismo, a cidadania “significa o *status* jurídico pelo qual o indivíduo, como membro de uma comunidade política – denominada juridicamente de Estado-nação –, possui prerrogativas e direitos previstos nas Constituições dos Estados de Direito” (RAMOS, 2010, p. 270):

Um dos elementos de fundamental importância para os objetivos dessa instrumentalidade é, precisamente, a liberdade individual que passa a ser entendida como a esfera de ação em que o indivíduo não está impedido por quem quer que seja de fazer ou deixar de fazer aquilo que ele deseja – a chamada liberdade negativa” (RAMOS, 2010).

Em contraste com a concepção de Arendt de cidadania, no conceito liberal se define um pressuposto de forma que todos sejam iguais e livres, possibilitando a ideia de universalidade de direitos, então qualquer indivíduo está amparado na sua capacidade de constituir visões particulares do bem (RAMOS, 2010, p. 275). O interesse público e a participação social são interessantes na medida em que contribuem para aumentar e assegurar os direitos individuais, desta forma, com foco no indivíduo isoladamente, não na pessoa como ser que interage. Assim, tal noção de cidadania (liberal) reduz a participação política ao mecanismo da representação – delega-se a agentes o exercício da política em troca da estabilidade social (RAMOS, 2010). Para a escola médica conforme se modela hoje, com seu padrão biomédico de ensino, não parece haver modelo de compreensão da cidadania mais compatível que este liberal.

É na relação entre a política e a liberdade – chamada identidade – que Arendt consegue avaliar o sentido e a finalidade da cidadania e diferenciá-la do conceito liberal (RAMOS, 2010), e é a partir deste padrão não liberal de cidadania, que se deve buscar, então, uma nova compreensão para a escola médica.

Como afirma Ramos “A ênfase do homem como proprietário e produtor, e que se desenvolveu no âmbito da sociedade civil, é um fenômeno relativamente recente, e teve como resultado a substituição do *homo politicus* da tradição pelo *homo economicus* e *socialis* da era moderna” (RAMOS, 2010, p. 276), e complementa “O homem moderno prefere o ganho que a liberdade individual lhe propicia em troca da renúncia à ideia de um bem comum, pagando, de bom grado, o preço de viver como animal social e não mais como animal político” (RAMOS, 2010, p. 276). Assim, o preço

que com a manutenção do padrão de educação médica atual é o da total alienação. É intensa a penetração do individualismo liberal no meio acadêmico médico, apesar dos esforços já descritos no capítulo anterior quanto à evidenciação de novos horizontes sociais e humanos. Tal comportamento isolacionista se reflete até mesmo na menor participação de alunos do curso de graduação em Medicina das atividades coletivas nos *campi* das diversas universidades em que se inserem.

“Ao dissociar a liberdade da política, consequência da interiorização da liberdade na consciência e vontade dos indivíduos, o liberalismo disseminou a concepção de que a liberdade começa onde a política termina” (RAMOS, 2010, p. 279), já para Arendt “a liberdade deve ser, antes de tudo, vivenciada no agir e na associação com os outros, isto é, como um fenômeno do espaço público que se dá na pluralidade dos seres humanos, para além da esfera privada do livre arbítrio ou dos direitos subjetivos” (RAMOS, 2010, p. 280).

Importa, neste momento, lembrar o que já foi dito anteriormente sobre a concepção do que seja educação para Arendt: educação é o termo que reservado para a educação das crianças e jovens até aproximadamente o nível médio, em contraste com o aprendizado, que permanece durante toda a vida. O aprendizado pode ocorrer entre iguais, sem basear-se na autoridade, e é neste sentido que professores educam, mas os jovens podem aprender entre si. Para Arendt o aprendizado do respeito à pluralidade, do estar aberto aos outros, do julgar sem preconceitos e de ser responsável por criar um mundo decente é baseado na igualdade e não na assimetria, portanto se funda na condição humana da liberdade que somente poderá ser plenamente conhecida ou experimentada no espaço público. Os adultos não podem ser forçados a este aprendizado da convivência (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 265).

A questão que estas definições ajudam a demarcar é se a educação, assim concebida, poderia criar ‘bons’ cidadãos? E ainda, falha ao não fazer a pergunta mais profunda levantada pelos esforços inspirados pela UNESCO que supõem que cidadãos possam ser criados em salas de aula, que é: a educação deveria ser uma atividade política? Se as crianças ainda não são cidadãos, como pode sua educação ser política?¹² (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 266).

O que se revela como evidente é a necessidade de uma ‘polis’ saudável, o que somente ocorrerá com a redescoberta da política seu significado e singularidade, e a

¹² The question these definitions help to demarcate is whether education, so conceived, can create ‘good’ citizens? Yet, it fails to ask the deeper question raised by the UNESCO-inspired endeavours that presume citizens can be created in the classroom, which is: should education be a political activity? If children are not yet citizens, how can their education be political?

paradoxal distinção entre o privado e público (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008). Nota-se que em *Origens do Totalitarismo* Arendt discorre sobre uma forma de governo que se fundamenta no medo, um modelo propriamente inverso ao de uma 'polis' saudável. Um governo em que os mínimos e básicos direitos podem não ser respeitados, ou seja, uma ideia diametralmente oposta ao que se considera como valor original da pessoa na ordem jurídica como definida pela tradição.

Para as crianças e os jovens a quem não se fornece a oportunidade da educação, se revela uma perda dramática da condição humana da natalidade. A estes jovens não foi compartilhado o mundo, portanto não foram ensinados a proteger o mundo e serem protegidos do mundo. Não se espera haver uma perspectiva de mundo compartilhado para estes jovens, e sim o predomínio do pensamento individualista, com consequente perda do anseio do espaço e da convivência pública.

Assim, enquanto Arendt respeitava e aplaudia o desafio à autoridade colocado por seus pares, quer dentro da universidade, quer na esfera pública, sente que esse mesmo desafio era prejudicial se promovido nas escolas, locais de transmissão, formação e conservação (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 268).

São tais argumentos que reafirmam o paradoxo de Arendt em relação aos programas de educação para a cidadania. Significa que o 'status quo' deve ser sim desafiado, mas somente após a escola básica (o período da educação), ou seja, no domínio público onde os adultos aprendem uns com os outros. E quanto ao cidadão que se apresenta ao curso de graduação em Medicina, a princípio já finalizado seu período arendtiano da 'educação' para o mundo? Acreditar que esteja preparado para a liberdade política e para a ação, e continuar, enquanto professor e cidadão, a demonstração de responsabilidade pelo mundo, já que sem um mundo compartilhado não se pode começar a compreender o significado de cidadania baseada na responsabilidade de cada um (TOPOLSKI e LEUVEN, 2008, p. 271).

Por fim, em *A Crise da República* Arendt faz lembrar uma postura extrema nos processos coletivos de resistência à opressão que é a desobediência civil, que sendo expressão de um empenho político na resistência à opressão "não se constitui como rejeição da obrigação política, mas sua reafirmação" (LAFER, 1997, p. 62). Hannah vê como legítima e positiva uma resistência ao modelo opressor cuja autoridade não se reconhece, e cita a resistência dos dinamarqueses à política antissemita dos alemães. No cotidiano do médico situações extremas são também vividas, sejam próprias do meio assistencial, como na luta por condições dignas de atendimento, sejam questões

difusas que tem um papel intenso e sempre presente nas atividades assistências da área da saúde, como a temática do preconceito racial ou de orientação sexual. É evidente que apenas com uma educação de base humanista seria possível prover ao formando condições razoáveis para uma manifestação coletiva política e complexa que o fizesse perceber, pensar, elaborar e finalmente questionar a opressão a que são submetidos usuários e profissionais dos sistemas de saúde. Efetivamente, a formação do atual profissional médico não contempla tal grau de profundidade no que tange à inserção social, gerando estagnação. Lafer ressalta, porém, que a posição arendtiana, ainda que não defina parâmetros a partir dos quais a desobediência civil seria justa, não pretende com esta lógica fomentar o desaparecimento do poder e da autoridade, mas sim estimular a sua recuperação (LAFER, 1997).

4 – A BANALIDADE DO MAL NA ESCOLA MÉDICA

4.1 – FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL

Voltando os olhos para a discussão a respeito do papel da violência no ambiente formador do médico (e de outros profissionais de saúde), seja nos centros universitários, nas unidades básicas de assistência e pronto socorros, seja no hospital, considerado o protótipo ainda em voga no modelo biomédico, é necessária, num texto que busca discutir o problema, partindo do pensamento político e filosófico de Arendt, a referência ao caso Eichmann:

Ele viu apenas o suficiente para estar plenamente informado de como funcionava a máquina de destruição: havia dois métodos diferentes de matança, o fuzilamento e a câmara de gás; o fuzilamento era feito pelos *Einsatzgruppen* e a execução por gás nos campos em câmaras ou em caminhões; viu também as complexas precauções que se tomavam no campo para enganar as vítimas até o final (ARENDR, 1999, p. 105).

Sem temor de exagerar em tema tão dramaticamente sensível, e, por isso, tomando-se o cuidado de diferenciar o programado do não-programado e o consciente do não consciente, mas sempre reconhecendo que há frequentemente aquilo que se evita dizer por não ser agradável ouvir, propõem-se as questões, quanto à violência no ambiente de formação em saúde em geral, e médico em particular: o que estamos vendo? Ou, ainda, o que não estamos querendo ver? E o que nos impede de ver mais adiante?

A famosa expressão cunhada por Arendt, a **banalidade do mal**, e registrada em seu livro *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal*, publicado em 1963, surge quando a autora narra a morte de Adolf Eichmann, um burocrata alemão, acusado de crimes contra a humanidade por ter participado da “solução final” – o extermínio de judeus nos campos de concentração nazistas durante a Segunda Guerra Mundial. Em referência às atrocidades daquele triste episódio, Celso Lafer (1941-), um estudioso de Hannah Arendt, escreveu: “O possível inconcebível foi o ser humano como supérfluo e descartável. Não é apenas o homem-objeto, destituído de sua condição de sujeito. É o homem-supérfluo como objeto destituído de valia e por isso descartável” (LAFER, 2006). Previamente nesta dissertação, falando sobre modelos paradigmáticos de ensino, encontra-se uma referência à transformação do paciente-sujeito em paciente-objeto. Aqui Lafer, ressaltando a profundidade do mal a que se

referia Arendt no caso Eichmann, vai além: não é apenas o homem-objeto, mas o homem supérfluo, do qual se destitui inclusive qualquer sinal de valor porventura existente, sendo, então, descartável. A analogia para a situação calamitosa em que se encontram os serviços de saúde hoje no Brasil não é excessiva. Reservada a ponderação de que não existiria uma máquina pensada para a destruição, cabe o questionamento, que cada cidadão, responsável pelo processo formativo de profissionais para o cuidado e à assistência no processo saúde-doença, deva fazer a respeito de sua função no mecanismo assistencial e formativo: aquele que se forma estará tratando de quem, ou seja, como ele vê se paciente? como paciente-sujeito, como paciente-objeto ou como paciente supérfluo, destituído de qualquer valor? Este formando não parece conseguir compreender que é uma peça desta engrenagem.

Retornando ao caso Eichmann, Arendt se oferece para ser enviada, pela revista *The New Yorker*, para a cobertura do julgamento. Opta por não se ocupar apenas do julgamento em si, mas de uma análise sobre o indivíduo julgado e seu comportamento no tribunal. A autora conclui que, em nenhum momento, mesmo após avaliação de psicólogos, fora diagnosticado qualquer sinal de doença física ou psíquica. O réu não demonstrava comportamento ou traços antissemitas. As análises levavam a crer se tratar de um homem estritamente normal: alguém que acreditava estar a serviço de seu governo, apenas cumprindo ordens sem questionar. Foi exatamente o fato de não questionar as ordens e de obedecer cegamente aos seus superiores que despertou o olhar aguçado de Arendt quanto à ausência de pensamento crítico, a ausência de reflexão e a total incapacidade de pensar¹³ (ARENDR, 2004, p. 159).

Eu apresentara um relato factual do julgamento, e até o subtítulo do livro, 'Um relato sobre a banalidade do mal', aos meus olhos era tão evidentemente sustentado pelos fatos do processo que eu não sentia ser necessária mais nenhuma explicação. Eu apontara para um fato que sentia ser chocante por contradizer as nossas teorias a respeito do mal, portanto, para algo verdadeiro, mas não plausível (ARENDR, 2004, p. 80).

Aqui cabe uma consideração a respeito do processo de produção de subjetividades coletivas, conforme descreve Félix Guattari (1930-1992), filósofo francês, em *Cartografias do Desejo* (GUATTARI e ROLNIK, 1996). Ele se refere à existência de um mecanismo de geração e de "injeção" de representações nos sujeitos que pode ocorrer em um grupo como uma etnia, ou mesmo de maneira mais industrial,

¹³ *Thoughtlessness*.

como em sociedades industrializadas. Guattari se refere à criação de uma economia coletiva do desejo, matéria prima para a própria existência de uma potência produtiva da sociedade atual. De fato, a produção de subjetividade em escala industrial passa a ser um meio de manipulação coletiva dos desejos que chega a ser mais potente que uma ideologia, principalmente por manifestar-se a partir do coração, influenciando o modo de pensar e agir e, por fim, recriando uma ordem social. Em outras palavras “trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 27). A produção da sensibilidade difere da ideologia porque esta permanece na esfera da representação, enquanto a produção de subjetividades mais se aproxima de uma “modelização que diz respeito aos comportamentos, à sensibilidade, à percepção, à memória, às relações sociais [...]” (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 28). De fato, este processo de produção de subjetividades coletivas está presente em casos como o de Eichmann, e sua atuação na “solução final”. É também no cotidiano de trabalho, independente de qual profissão seja, que a subjetividade se apresentará de forma mais potente que ideologia, pois está em circulação “nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”. Então, varia a forma como o indivíduo pode viver esta subjetivação, num modelo de alienação e opressão com submissão à subjetividade ou num processo de reapropriação da subjetividade que é denominado, por Guattari, singularização (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 33).

No livro *Responsabilidade e Julgamento*, Arendt retoma suas reflexões sobre a natureza do mal, a partir da incapacidade de pensar e, conseqüentemente, de julgar, “frente ao que a autora nomeia de colapso da nossa tradição moral desde a experiência do nazismo” (ASSY, 2015, p. 2). A autora retoma a questão do mal em Kant, o mal radical, e afirma que o mal não é uma categoria ontológica, e sim um construto político e histórico que se manifesta onde encontra espaço institucional para tanto. A ausência de indignação e o pensamento vazio geram espaço para a instalação da banalidade do mal (ASSY, 2015).

Há ressonâncias na literatura que indicam uma possível relação entre as conclusões de Arendt durante o julgamento de Eichmann, especificamente quanto à incapacidade de realizar julgamentos morais, e a existência de um processo difuso na área da formação médica, através do qual, tais futuros profissionais desistem de suas

próprias responsabilidades e capacidades de julgamento crítico e reflexivo. Questiona-se a razão pela qual os médicos, que tanto se esforçam em busca da melhor evidência científica para um caso específico (e isso é verdadeiramente louvável), e que também prescrevem as melhores drogas e determinam a realização dos melhores exames complementares, se esqueçam ou ignorem pequenos ‘detalhes’ como ouvir os desejos e inquietações do próximo, desta maneira, negligenciando sentimentos, seus e dos pacientes. Seria excessivo afirmar que os médicos foram treinados de alguma maneira a seguir ordens, a obedecer a protocolos e diretrizes e, por vezes, o pensar criticamente ficaria ofuscado?

A ausência de pensamento com que me defrontei não provinha nem do esquecimento de boas maneiras e bons hábitos, nem da estupidez, no sentido de inabilidade para compreender – nem mesmo no sentido de “insanidade moral”, pois ela era igualmente notória nos casos que nada tinham a ver com as assim chamadas decisões éticas ou os assuntos de consciência (ARENDDT, 2016c, p. 19).

No estudo do desenvolvimento moral apreende-se que a socialização ocorre de modo progressivo. No contexto de estudo da formação ética do estudante de medicina é importante abordar este tema, tentando compreender o que ocorre com o desenvolvimento moral. Trata-se de uma área muito ampla do conhecimento e que recebeu especial atenção após os trabalhos do psicólogo e epistemólogo suíço Jean Piaget (1896-1980) e do psicólogo norte-americano Lawrence Kohlberg (1927-1987). Kohlberg estudou a teoria psicanalítica quanto à formação do superego em comparação com o trabalho de Piaget. Assim, dedicando-se ao estudo do desenvolvimento moral, redefiniu os estágios de julgamento moral propostos por Piaget (FINI, 1991). Kohlberg concluiu que existe uma progressão universal nos estágios de desenvolvimento moral, embora haja alguma diferença na idade em que se alcança determinado estágio.

Já foi demonstrado que o sentimento de autonomia e moralidade se desenvolve a partir da infância. Assim, quanto ao desenvolvimento da autonomia, ou como se deve estimular o desenvolvimento da autonomia com responsabilidade, “o professor tem um papel crucial na criação de um ambiente material e social que encoraje a autonomia e o pensamento” (KAMII, 2012, p. 44). Kamii, aluna e colaboradora de Jean Piaget, complementa afirmando que, “se os adultos criam uma atmosfera que indiretamente encoraja o pensamento, as crianças surgirão com uma quantidade de relações que nos

surpreendem” (KAMII, 2012, p. 45). Segundo esta autora, “o julgamento moral e o pensamento lógico desenvolvem-se juntamente, quando as crianças são encorajadas a discutir a deseabilidade ou justificabilidade de uma decisão”. Desta forma as situações de conflito, que ocorrem a todo momento na vida, ajudam a criança a desenvolver as relações, a mobilidade e a coerência do pensamento:

Para negociar situações aceitáveis, a criança precisa descentrar e imaginar como é que a outra pessoa está pensando. Uma criança educada numa família autoritária tem muito menos oportunidades de desenvolver sua habilidade de raciocinar logicamente. Tal criança é forçada a obedecer em vez de ser encorajada a inventar argumentos que façam sentido e sejam convincentes (KAMII, 2012, p. 45).

É preciso aprender a descentrar, e manter este hábito durante toda a vida adulta. Somente assim será possível ao adulto não apenas imaginar o que a outra pessoa está pensando, mas sentir o que a outra pessoa está sentindo. A experiência de sofrer a dor do outro começa com a aprender a imaginar-se o outro, e isso somente será possível quando o sujeito abandonar a cultura do individualismo:

Não faz muito sentido falar de um compromisso pessoal com alguém que reside em outro país e cuja existência desconheço, mas certamente poderei sentir um compromisso com as vítimas da fome no deserto do Sudão ou da enchente em Bangladesh após ver as imagens inquietantes de sofrimento pela televisão. Tais compromissos, porém, são mais transpessoais que interpessoais. Tem mais afinidade com valores espirituais como amor, verdade e beleza – por seu sofrimento – do que com meus relacionamentos imediatos, pessoais, com outras pessoas. O poder transformador de tais compromissos não está no fato de que a existência do distante estranho esteja em si entrelaçada à minha, mas no fato de minha tristeza por seu sofrimento renovar e reforçar meu "vínculo" com os valores transpessoais. Estes, por sua vez, trabalham para a integração de meu ser individual com o mundo exterior. Cultivando-os, eu me coloco num relacionamento com pessoas e coisas além do alcance de relacionamentos mais íntimos, privados ou familiares (ZOHAR, 1990, p. 204).

Seguindo a linha de abordagem quanto ao comportamento moral propriamente dito, após Kohlberg, vários outros trabalhos foram publicados a este respeito, tendo como objetivos a análise dos estágios de desenvolvimento¹⁴ em populações selecionadas. Num estudo que avaliou o comportamento moral de estudantes de medicina, procurou-se demonstrar a relação entre o ambiente de ensino e o desenvolvimento moral em cursos de graduação em Medicina, Administração e Psicologia no Brasil, na Alemanha e na Suíça, aplicando testes para avaliação de

¹⁴ Ver anexo.

competência de juízo moral e de discurso em 1100 estudantes. Concluiu-se que houve um declínio dos índices de competência moral ao comparar os resultados obtidos com as turmas do primeiro com aqueles obtidos com as turmas do último semestre dos cursos de medicina (SCHILLINGER, 2006). Trata-se de uma hipótese que já vinha sendo discutida inclusive por outros autores:

No balanço geral, as escolas tem sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas. São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo (FEUERWERKER, 2014).

No estudo sobre o desenvolvimento moral em estudantes universitários, a autora afirma:

Os estudantes de Medicina, ao serem confrontados com dilemas morais, reconhecem de forma mais significativa os valores relacionados aos estágios superiores conforme propostos na teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg¹⁵. Isto nos indica que a questão a analisar não se refere necessariamente às orientações morais (neste contexto entendidas como o aspecto afetivo moral), mas, sim, à competência moral, [...] (REGO e SCHILLINGER-AGATI, 2011, p. 118).

É importante ressaltar que o **aspecto afetivo moral** alude à compreensão dos princípios, valores e orientações morais, enquanto que, por **competência moral** entende-se, além da compreensão dos princípios morais, a capacidade de agir de acordo eles. De fato, aqui se retoma uma discussão anterior, a respeito do desenvolvimento da autonomia no estudante. Relembrando Edgar Morin (1921):

A ética da compreensão humana constitui, sem dúvida, uma exigência chave de nossos tempos de incompreensão generalizada: vivemos em um mundo de incompreensão entre estranhos, mas também entre membros de uma mesma sociedade, de uma mesma família, entre parceiros de um casal, entre filhos e pais (MORIN, 2003, p. 51).

Schillinger confirmou os resultados dos estudos do psicólogo alemão Georg Lind (1947) (LIND, 2000b) que partiam do pressuposto de que existiria “uma regressão do desenvolvimento moral em seu aspecto cognitivo (competência moral)” devido à falta de oportunidades no meio educacional e a um “ambiente de aprendizagem que não

¹⁵ Para um esclarecimento sobre as questões metodológicas envolvidas na mensuração da competência moral conforme definida por Kohlberg ver Georg Lind em *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2000, 13(3), pp.399-416.

favorece o desenvolvimento moral dos alunos” (REGO e SCHILLINGER-AGATI, 2011, p. 120). Neste sentido, é sempre bom recordar Paulo Freire que afirma que “se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando (FREIRE, 2015, p. 34-35). Mudanças curriculares, do ambiente de ensino e das práticas pedagógicas podem ser o caminho para a reversão do processo de regressão moral do estudante de medicina. Os mesmos pesquisadores concluem que o processo de regressão moral que ocorre em estudantes de medicina (também de enfermagem) é mais acentuado que, por exemplo, em estudantes de outras áreas como psicologia. Levantam a possibilidade de alguma conexão com o ambiente onde estes alunos são formados, no caso dos estudantes de Medicina, preferencialmente os locais de trabalho, em geral, o próprio hospital.

Rego, avaliando o processo de formação médica no Brasil (REGO, 2003), constata que a “participação do estudante é apenas complementar” (REGO e SCHILLINGER-AGATI, 2011), sendo o modelo de aulas teóricas demonstrativas pouco estimulante a uma tomada de responsabilidade e participação, ou seja, há uma forte ênfase na formação teórica e um ambiente ainda pouco estimulador para a formação moral do estudante.

Retomando o que havia sido previamente abordado, o processo de ensino-aprendizagem no curso médico vem ocorrendo na sequência da teoria à prática e não o contrário (LIND, 2000a). De fato, o modelo de currículo seguido na grande maioria das escolas médicas do Brasil ainda é aquele que trata a prática como uma finalização da fase teórica ou, de modo mais fragmentado, como uma etapa temporalmente distanciada e oposta à teoria. A verdade é que esta prática deveria ser o incentivo e o objeto de uma reflexão teórica, e vir associada à teoria.

Na busca de uma maneira de integrar conhecimento teórico, competência técnica e princípios morais na formação médica, o texto de Lind se mostra muito esclarecedor (LIND, 2000a, p. 4): primeiro, um estudante não terá facilidade em memorizar novos conhecimentos se isso não faz sentido em termos de um conhecimento que lhe é familiar, ou seja, necessário haver correlação com a prática do estudante e com sua linguagem comum (processo de assimilação de Piaget) e, segundo, a incorporação destes conhecimentos e competências deverá ocorrer apenas com a mudança de algumas convicções e hábitos básicos preexistentes (processo de acomodação de Piaget) e isso pode gerar apreensão e ansiedade. Para enfrentar o medo, estudantes devem estar motivados (LIND, 2000a). Pensar que a motivação

poderia ser estabelecida puramente através de mecanismos de pressão externa e recompensa funcionária apenas para o processo de assimilação e não para a profundidade necessária para aquisição de conhecimentos e práticas reais que signifiquem um verdadeiro processo de mudança que se deseja na prática médica.

Retomando o tema do desenvolvimento de competências morais, assumindo-se como preexistentes as orientações morais, ou seja, o aspecto afetivo moral, encontra-se no texto de Celso Lafer uma analogia:

Foi isto que levou Hannah Arendt, ao discutir a experiência histórica dos *displaced people*, a concluir que não basta declarar e proclamar os direitos humanos como algo inerente à natureza humana. Eles não são um dado, mas um construído da convivência coletiva. Requerem acesso a um espaço público comum para ensejar a igualdade em dignidade e direito dos seres humanos. É neste sentido que ela conclui que a cidadania é a condição da possibilidade do direito a ter direitos. **E nesta linha postula que o direito do ser humano à cidadania requer uma tutela** internacional. (LAFER, 2006, p. 26, grifo nosso).

Assim como postula-se que o direito do ser humano à cidadania requer uma tutela internacional, o direito à competência moral requereria a tutela da educação formal. Mas como promover o desenvolvimento da competência moral?

4.2 – MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA NO ENSINO MÉDICO

Insistindo ainda numa avaliação dos cursos de graduação em medicina com foco na busca de fatores geradores de um futuro comprometimento da competência moral dos egressos, sugere-se pensar naqueles fatores relacionados ao ambiente de ensino, assim como, naqueles vinculados aos métodos pedagógicos utilizados.

Quanto ao ambiente, o que se encontra na prática diária são condições materiais e não materiais que interferem na assistência e na formação promovendo um **ambiente de violência** generalizada, às vezes implícita, mas sempre presente, seja no meio acadêmico, seja no meio profissional (lembrando que, muitas vezes, no curso de medicina, as próprias salas de aula se encontram em ambientes de trabalho como o hospital).

Neste sentido, numa busca de composições possíveis que possam justificar a teoria de que o ambiente de trabalho do médico influencia de forma negativa o desenvolvimento da competência moral do estudante de medicina, devem ser pensados alguns exemplos de realidades vividas pelos profissionais em seu cotidiano, que geram conflitos e violência. Relações conflituosas entre os diversos profissionais

da assistência (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos) são presenciados pelos alunos em formação. A realidade é exposta sem eufemismos durante o aprendizado prático, seja no internato médico (estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, normalmente correspondendo aos últimos quatro períodos do curso), seja nos anos do dito ciclo básico (os primeiros oito períodos do curso de medicina) já que existe um movimento de expansão das atividades práticas que vem expondo mais precocemente os alunos da graduação ao contato com a prática profissional, movimento preconizado pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Não há dúvida de que o estranhamento entre profissões advém do fato de que a maioria dos professores e preceptores tenha se formado sob a égide de um modelo conceitual em saúde ainda biomédico, em que a valorização do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade não é prática cotidiana. Descrevendo de modo estereotipado, o pensamento é simples e direto: “os outros profissionais da área da saúde estudaram menos, sabem menos, têm menos responsabilidade, portanto quem deve tudo mandar é o médico” e “como consequência, o trabalho interdisciplinar não cabe.” (DA ROS, 2004, p. 238).

A relação heterônoma entre as diversas ordens de hierarquia na profissão médica, seja entre os mais ou menos especializados numa mesma área de atuação (interno, residente e staff), seja entre diversas especialidades, é a regra. Nesta hierarquia entre médicos, numa evidente relação marcada pela sujeição e subordinação, seja dentro da mesma especialidade, seja entre diversas especialidades e seus graus de importância no contexto do modelo biomédico, é evidente o adoecimento na produção da relação com o outro. Ao se buscar as origens de tal excessiva especialização, encontra-se a fragmentação do conhecimento, gerando as múltiplas especialidades: o mesmo que desumaniza o cuidado e a relação com o paciente (sujeito, não objeto) e com o colega de profissão (sujeito, não objeto): “A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias. Permite-nos reconhecer no outro os mecanismos egocêntricos de auto justificação [...]” (MORIN, 2003, p. 51).

É intensa e consistente a valorização do cientificismo, da técnica e do modelo gerencial, deixando em segundo plano os aspectos subjetivos de uma relação humanizada. Fala-se da incapacidade de lidar numa relação sujeito-sujeito, tendo em vista que os médicos são formados numa ótica de relação sujeito-objeto. Assim, falta à

sua formação um olhar mais apaixonado pela subjetividade da relação humana sujeito-sujeito (DA ROS, 2004, p. 237). Infelizmente, a tendência ainda é aquela de identificar o médico como sujeito e o paciente como objeto.

Dentre os principais motivos alegados para o intenso desgaste associado à profissão médica, em uma pesquisa nacional de 1995, mas que se revela ainda atual, médicos, quando questionados, informaram como fatores críticos causais para o estresse profissional: excesso de trabalho (incluindo jornada de trabalho prolongada, múltiplos vínculos empregatícios promovendo necessidade de deslocamentos constantes entre locais diferentes de trabalho, exigência de disponibilidade integral, dedicação contínua, afastamento do contato com a família); baixa remuneração e más condições de trabalho (falta de material e medicamento, falta de recursos humanos médicos e não-médicos, não-qualificação profissional, aumento da demanda com pouca alocação de recursos); área de atuação/especialidade (principalmente atuar em esquemas de plantão – trabalhar aos sábados, domingos, feriados, trabalho em emergências e unidades de terapia intensiva, necessidade contínua de aperfeiçoamento); excesso de cobranças, incapacidade de aceitar a proximidade da relação de vida e morte com os pacientes (estresse emocional de lidar com a morte, cobrança dos pacientes e familiares frente à limitação da ciência médica gerando impotência), manipulação da opinião pública contra o médico, burocratização excessiva com necessidade de preenchimento de protocolos e *guidelines*, interferências políticas nas decisões médicas, bem como conflitos gerenciais (MACHADO, 1997, p. 172). Interessante notar que, em duas décadas, não se percebem mudanças no quadro descrito.

Acentuando o debate, acrescenta-se hoje ao que já foi citado por Machado, a questão mais recente da judicialização da saúde, que nasce com a politização da saúde a partir da Constituição de 1988, e que se define como a participação do poder judiciário na efetivação e na gestão da saúde, atuando pela obrigação do fornecimento de medicamentos, cobertura para tratamentos e disponibilização de exames à população, além da busca de ressarcimento por possíveis danos causados por erros médicos, ocorrendo no contexto da maior autonomia do paciente, difusão dos direitos humanos e inclusão da relação médico-paciente como guiada também pelo Código de Defesa do Consumidor. A prática da judicialização trouxe desafios que somente agora vem sendo discutidos: um aumento de gastos com despesas não necessariamente prioritárias para a comunidade, com o conseqüente favorecimento de alguns poucos

com medicamentos, procedimentos ou exames complementares de altíssimo custo, gerando uma disparidade entre cidadãos, estresse excessivo relacionado ao cumprimento de uma ordem judicial que determina a admissão de um paciente em determinado setor sem que os recursos (vaga, leito, medicamentos e materiais, assim como pessoal de apoio) para este tratamento sejam disponibilizados pelo próprio estado e, por fim, reposicionamento do médico através de uma postura defensiva que também é geradora de estresse no cotidiano do profissional. Cresce exponencialmente o número de médicos que aderem aos seguros de responsabilidade civil médica.

O alto risco de agressão física ou psicológica no trabalho se reflete na medicina, não apenas podendo contribuir para tornar o médico menos sensível à dor alheia, mas também menos sensível à sua própria dor. Há na literatura médica farta exposição de casos e de índices de agressões físicas contra profissionais de saúde. A taxa de suicídio entre médicos é muito mais elevada que entre a população geral. Entre homens médicos é 40% maior que a da população masculina geral, enquanto a taxa de suicídio entre mulheres médicas é 130% maior que entre mulheres da população em geral. Estudos demonstram que tal elevação começa a surgir ainda durante a formação médica na graduação (DYRBIE, THOMAS, *et al.*, 2008). Neste mesmo estudo demonstrou-se forte correlação entre ideação suicida em estudantes de medicina e estresse pessoal (qualidade de vida e sintomas depressivos) e profissional (*burnout*¹⁶). Uma correlação com o *burnout* ainda não havia sido relatada entre estudantes de medicina e esta é uma forma comum de estresse entre indivíduos deste grupo. Segundo Gautam (VOGEL, 2016) a raiz dos problemas se encontra na cultura médica que inibe os médicos a procurarem ajuda e, expostos a um ambiente doente (um ambiente que premia viciados em trabalho, exige perfeição e glorifica o auto sacrifício), se tornam adoecidos.

Ainda como exemplo de pressão sofrida pelo médico, a exigência de conhecimentos técnicos atualizados deve ser compreendida não apenas como uma positiva busca de aperfeiçoamento frente à evolução da ciência médica, mas também como um movimento que vem na esteira da regulação das sociedades de especialidades como controle progressivamente mais intenso sobre um mercado de trabalho a cada dia mais competitivo. Sem dúvida que a exigência de titulações permite

¹⁶ Para um aprofundamento quanto à Síndrome de Burnout ver *Burnout syndrome: a disease of modern societies? Em Occupational Medicine*, Volume 50 páginas 512-517, ano 2000, de Weber e Jaeckel-Reinhard.

a existência de um mecanismo, guiado pelo mercado, de estímulo ao aperfeiçoamento. Por outro lado, restringe a um pequeno grupo, com poder decisório, definir os rumos de uma especialidade, nem sempre pensando no que é mais interessante para a coletividade (tanto o profissional da assistência quanto o usuário do sistema). Nota-se o crescimento de cursos preparatórios para residência Médica e para provas de Título de Especialista, nos moldes conhecidos dos cursos de pré-vestibular, de custos muitíssimo elevados e que transformam o saber médico em mercadoria. Há pressões sobre os médicos recém-formados para que busquem uma especialização: portas se abrem, ou não, a depender de títulos conquistados. Esta exigência é cotidiana, inclusive entre colegas de mesma especialidade. Por que não enxergar este contexto como violência?

De fato, toda esta explanação a respeito do ambiente moralmente doente a que está exposto o médico desde a graduação, embora longa, não ocorreu em vão. Uma tentação imediata ao se pensar em todas estas situações descritas é buscar um culpado. Uma primeira resposta, quase imediata, poderia ser: a culpa é do sistema. Mas, como bem exemplificou Arendt com o caso Eichmann, através de metáfora dos dentes da engrenagem, em que o réu tenta se justificar argumentando que se não fosse ele seria qualquer outro 'dente' da engrenagem do sistema, colocar a culpa no sistema é eximir cada um de sua própria responsabilidade: já que se todos são culpados, ninguém o é – se todos são culpados, quem será capaz de julgar? A resposta se encontra no fato de sempre existir uma responsabilidade moral sobre os atos praticados por alguém, já que a escolha sempre existe.

É a ausência do pensamento crítico e reflexivo que envolve o médico na maior parte dos problemas morais de que poderá ser acusado: todas as vezes em que o médico atribui ao sistema de saúde a responsabilidade por situações que, verdadeiramente, são de sua própria responsabilidade, ou que estejam dentro de sua capacidade de resolução. Tais situações podem ser potencializadas quando, restrito a um modelo de pensar cientificista, não toma nem mesmo conhecimento de especificidades sociais e humanas de seus pacientes, impedindo o pleno exercício da profissão. Exemplos práticos de tais fatos podem ser tirados do cotidiano médico: quando um profissional escolhe prescrever um medicamento sabidamente indisponível nas redes de fornecimento do serviço público, apenas porque determinado *guideline* ou diretriz o define como melhor (muito embora saiba que tal droga não estará disponível nos próximos dois dias, a depender da demora de um processo de compra de droga

não-padronizada); ou quando prescreve medicamentos de custo mais elevado a algum paciente, justificando a prescrição por tratar-se do medicamento mais apropriado, embora sabendo que existam medicamentos suficientemente bons e de custo benefício evidentemente melhor para um paciente com recursos financeiros mais limitados; ou quando solicita exames complementares desnecessários, seja por agir no automatismo do cotidiano, seja por tentar garantir-se frente ao processo de ampliação da judicialização da saúde.

Importa, voltar ao tema e tentar compreender como se processa o aprendizado moral, de forma mais detalhada que no tópico anterior, não com foco da infância, mas no contexto pré-profissional. Conforme ensina Kole, no livro *Moral Education and Development*, o caminho para o aprendizado moral é uma vida inteira, um contínuo. Em seu texto ele explora o desenvolvimento moral de um grupo por ele denominado pré-profissional: especificamente, os estudantes de nível superior. O objetivo é fornecer educação ética profissional para que se formem profissionais capacitados a serem considerados “bons profissionalmente”, com formação profissional plena. Então, como visto até o momento, um modelo de ensino ético profissional sugerido deveria ser algum que contemplasse o desenvolvimento da competência moral. Kole afirma que o profissionalismo apresenta duas dimensões normativas que seriam a dimensão técnica e metodológica perfeita e a outra uma dimensão normativa moral que consistiria em uma moral deontológica (um código profissional) associada a atitudes e disposição moral básicas (KOLE, 2011) – grosso modo, afetividade (subjetividade) moral e competência moral. O autor define competência moral como um grupo de conhecimentos, habilidades e atitudes integradas que todos os profissionais precisam em sua prática diária com o objetivo de despertar como moralmente bons profissionais: o que pode inclusive levar a grau elevado de altruísmo.

Ainda no texto de J. Jos Kole, com base nas definições de Rest e Kohlberg a respeito de competência moral, não é suficiente ter consciência de uma situação moral (sensibilidade moral), ser capaz de raciocinar e elaborar julgamento (raciocínio moral), ser dedicado e motivado a dar mais importância a questões morais que a outras (motivação moral), e persistir no comportamento moral (caráter moral). É necessário, para se tornar um profissional moralmente competente, agir desta forma sobre tais considerações (KOLE, 2011).

Para Arendt, a ruptura com a tradição, conforme discutido no capítulo prévio, faz com que a ação humana se torne dissociada das convicções de cada um. Ela

questiona muito mais aqueles que agiam obedecendo a ordens sem pensar que aqueles dotados de convicções, como os idealizadores do regime nazista na Segunda Grande Guerra, e afirma que “ninguém em sã consciência pode ainda afirmar que a conduta moral é algo natural” (ARENDDT, 2004, p. 124). Neste sentido Arendt lembra que Kant nomeia mal radical o fato de o homem ser incapaz de resistir às suas inclinações, afirmando que o homem não é apenas racional, que ele pertence também ao mundo dos sentidos “que o tentará a se render às suas inclinações em vez de seguir a razão” (ARENDDT, 2004, p. 126). E conclui afirmando, ainda em *Responsabilidade e Julgamento*, que Kant ensina que a conduta moral é uma consequência dos deveres que cada um tem consigo mesmo e não com os outros e faz uma referência a Sócrates que diz ser “melhor sofrer o mal que o cometer” (ARENDDT, 2004, p. 142).

Além da definição de competência moral, importa esclarecer também a definição própria, singular de competência. Kole recorre a David Carr, segundo o qual a competência num sentido amplo se refere às capacidades integradas de uma pessoa que a definem como indivíduo competente. Significa dizer que a competência geral da pessoa se torna maior do que a soma de todas as habilidades e disposições obtidas em sua formação – é a ideia do **sinergismo de competências**: o foco passa a ser um tipo amplo e singular de competência. O profissional moralmente competente, neste sentido, tem um objetivo geral (*telos*) alinhado com o ideal interno de uma prática profissional específica (coletiva). Neste caso a competência moral identifica uma intervenção autônoma e uma identificação voluntária com as normativas padronizadas da prática profissional. Complementa que a avaliação de si próprio de um ponto de vista autorreflexivo interno capacita o profissional a um tipo de autorregulação, um tipo de controle racional moral que pode ser chamado de autonomia profissional. É este o caminho que se sugere alcançar para estudantes pré-profissionais: é o profissionalismo vocacional (KOLE, 2011). Este diálogo autorreflexivo encontra amparo no pensamento de Arendt a respeito da moral: “no caso de Kant, a consciência ameaça com o desprezo por si próprio; no caso de Sócrates, [...] com contradizer-se a si mesmo” (ARENDDT, 2004, p. 142). A autora reforça o valor do diálogo silencioso e que todos os homens seriam dois em um, conversando consigo mesmos: “o maior mal não é radical, não possui raízes e, por não ter raízes, não tem limitações, pode chegar a extremos impensáveis e dominar o mundo” (ARENDDT, 2004, p. 160).

Retornando à discussão sobre competências, outro tipo de concepção de competência se refere ao que Carr convencionou chamar de visão estreita de competências: a avaliação quanto a se alguém alcançou ou não certa competência pode ser feita do ponto de vista de uma terceira pessoa e, não necessariamente, do ponto de vista de si próprio envolvido naquela profissão, como ocorre no caso da competência moral ampla que gera autonomia profissional. No caso da visão estreita de competência, alguém será competente se dispuser de todos os variados critérios de competência a serem avaliados. O foco passa a ser uma variedade de competências e não uma competência ampla e singular (sinergismo de competências). Este é o profissionalismo que foca em performance e que corresponde a protocolos e procedimentos e não em capacidade pessoal e julgamento discricionário, foca em regulação externa, avaliação e controle e não em autonomia profissional e auto regulação. É chamado profissionalismo de competência ou gerencial (KOLE, 2011): aquilo que o modelo biomédico mais tende a valorizar.

Kole conclui que, para que seja frutífero, a educação moral em termos de competência moral terá de oscilar entre as duas concepções de conceitos ambíguos de competência. Tal educação deverá balancear-se entre uma visão teleológica da prática profissional e uma visão correspondente do bom profissional e que faz um bom trabalho relacionado às competências plurais. Algo entre as aspirações idealísticas e as limitações morais deônticas realistas. Idealmente compreender e aceitar a concepção ambígua essencial da competência moral, significando dizer que moralmente o bom profissionalismo (competência moral ampla e singular) não pode ser reduzido a uma soma de competências morais estreitas obtidas durante estudos de educação superior (KOLE, 2011). Sob o ponto de vista de modelo paradigmático, reforça o ideal de estruturação de uma formação sob o modelo de determinação social da doença, em contraposição ao modelo biomédico.

Assim, abre-se caminho para uma discussão sobre pensamento reflexivo, a partir das concepções de competências amplas e singulares.

5 – O PENSAMENTO CRÍTICO NA EDUCAÇÃO MÉDICA

5.1 – LIBERDADE, RESPONSABILIDADE E PENSAMENTO CRÍTICO NA EDUCAÇÃO

Antes de se discutir o papel do pensamento reflexivo (pensar crítico) no contexto da educação médica, sob o olhar de Hannah Arendt, é importante trazer luz às definições a serem utilizadas. Em uma publicação da *American Philosophical Association*, o “Delphi Report” de 1990, encontra-se a definição utilizada nesta dissertação para o pensamento crítico (também chamado pensamento reflexivo):

Nós entendemos o pensamento crítico como o julgamento intencional e autorregulador, que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, assim como explicação das considerações evidenciais, conceituais, metodológicas, criteriológicas ou contextuais nas quais esse julgamento se baseia¹⁷ (FACIONE, 1990, p. 2, tradução nossa).

Existem, porém, outros modos de se definir pensamento crítico. John Dewey (1859-1952), filósofo americano, define pensamento crítico e reflexivo como “consideração ativa, persistente e cuidadosa de qualquer crença ou suposta forma de conhecimento à luz dos fundamentos que o suportam e das conclusões a que tendem”¹⁸ (DEWEY, 1910, p. 2). Uma outra forma de definição de pensamento crítico pode ser a de “uma forma de pensamento racional, reflexivo, focado naquilo em que se deve acreditar ou fazer”¹⁹ (ENNIS, 1985).

Quando se voltam os olhares para a escola, ao se discutir o pensamento reflexivo, constata-se “uma visão de conhecimento profissional como aplicação da ciência a problemas instrumentais” (SCHÖN, 2008, p. 226). Omite-se a pesquisa na prática e a reflexão-na-ação, resultado do modelo de currículo formativo adotado nas escolas profissionais. Aprende-se a receber e armazenar informações sem a preocupação em saber como fazer. A prioridade absoluta à pesquisa gera um ambiente de fragmentação em que cada “disciplina é esfera de ação de um departamento”, além do estímulo à competitividade e ao individualismo excessivo.

¹⁷ *We understand critical thinking to be purposeful, self-regulatory judgment which results in interpretation, analysis, evaluation, and inference, as well as explanation of the evidential, conceptual, methodological, criteriological, or contextual considerations upon which that judgment is based.*

¹⁸ *Active, persistent, and careful consideration of any belief or supposed form of knowledge in the light of the grounds that support it, and the further conclusions to which it tends.*

¹⁹ *Critical thinking is reflective and reasonable thinking that is focused on deciding what to believe or do.*

Donald Schön, em seu livro *Educando o Profissional Reflexivo* (SCHÖN, 2008), sugere mudanças para a escola, objetivando uma aproximação às reais necessidades profissionais de formação de profissionais reflexivos. Uma delas é trazer a aprendizagem através do fazer para dentro do núcleo de ensino, revertendo o padrão do currículo normativo, no qual o ensino prático vem em último lugar. Este processo requer intensidade e tempo que ultrapassam os limites normais de uma disciplina, requerendo, portanto, uma abordagem transversal. Uma outra colocação importante do autor é revalorizar o papel do instrutor, realocá-lo em direção a uma maior valorização, minimizando a diferença que hoje se apresenta entre instrutor e professor. Por fim, o ensino reflexivo deve levar a “incluir valores e normas que conduzam a reflexões públicas e recíprocas sobre compreensões e sentimentos que, geralmente, são mantidos privados e tácitos” (SCHÖN, 2008, p. 227). Todo este processo, com efeito, deverá ser guiado com o cuidado de não incitar o treinamento profissional como uma série de habilidades rígidas, evitando, assim, que os estudantes resistam à demanda de reflexão sobre a prática: “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blá-blá-blá e a prática, ativismo” (FREIRE, 2015).

Considerar o pensamento crítico como um ideal em educação se justifica do ponto de vista ético, intelectual e pragmático (TENREIRO-VIEIRA, 2004). Como justificativa ética tem-se o direito moral de os alunos serem ensinados a pensar criticamente. Intelectualmente, estimular o pensamento crítico resulta em menor possibilidade de aceitação passiva, por parte dos alunos, de crenças que outros afirmem serem verdadeiras, estimulando-os a questionar, constantemente, a credibilidade dos que se apresentam como especialistas. Quanto ao aspecto pragmático, o pensamento crítico se mostra essencial na análise da vida moderna científica e tecnológica, especialmente na coleta, “avaliação e uso da informação para uma eficaz resolução de problemas e tomada de decisão a nível pessoal e profissional” (TENREIRO-VIEIRA, 2004). É também crucial, frente ao enfrentamento de realidades relacionadas aos cuidados em saúde no cotidiano de profissionais da assistência e de pacientes e familiares, bem como na sua relação com o governo, seguradoras de planos de saúde, indústria de materiais e medicamentos, administradores hospitalares e gestores do sistema público. (PAPADIMOS, 2009).

No ensino da medicina, assim como das ciências em geral, torna-se ainda mais relevante o pensar criticamente quando se considera que a atividade científica exige

competências que promovam análise de resultados de procedimentos de pesquisas científicas e a aplicação e integração de informações (HARLEN, 1989). O pensamento crítico se constitui como elemento primordial no processo de raciocínio clínico (AMORIM e SILVA, 2014). No mesmo sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina ditam padrões que devem ser seguidos para a formação médica no Brasil. Muitas, das várias competências citadas nas DCN, remetem a capacidades do pensar crítica e reflexivamente.

O pensamento crítico, em conjunto com a liberdade social, a atividade humana (ação), a educação e a responsabilidade são importantes pontos de discussão na formação do futuro médico (PAPADIMOS, 2009). Neste sentido, a obra de Hannah Arendt participa na compreensão e análise da forma pela qual o pensamento reflexivo é ainda relegado a segundo plano na formação médica. Em seu livro “A Condição Humana”, Arendt afirma que: “Se for comprovado o divórcio entre o conhecimento (no sentido moderno de conhecimento técnico [*know-how*]) e o pensamento, então passaríamos a ser, sem dúvida, escravos indefesos, não tanto de nossas máquinas quanto de nosso conhecimento técnico, criaturas desprovidas de pensamento [...]” (ARENDR, 2014, p. 4).

Vive-se um período de “desvio do valor da experiência humana da perspectiva do mundo para a interioridade não compartilhada do *self*” (ASSY, 2004, p. 32). Segundo Arendt, as intensas mudanças ocorridas no mundo, em especial as grandes catástrofes ocorridas no século XX, como a Primeira Grande Guerra, o Holocausto, a Guerra Fria e sua capacidade de aniquilar o mundo, são a demonstração de um estado de colapso da moralidade como era, até então, compreendida. Não que os homens fracassassem em reconhecer algumas verdades morais, mas, e pior, por uma inadequação de verdades morais “como padrões para julgar o que os homens eram capazes de fazer” (KOHN, 2004, p. 10). Vive-se um período de supervalorização da experiência privada e progressiva, lenta, mas constante desvalorização da experiência pública – esta que vem sendo preenchida dia a dia com interesses privados.

O espriamento das suas experiências interiores tem-se mostrado proporcional ao desencantamento e extenuação dos espaços potenciais daquilo que nos diz respeito apenas em sociedade, não tanto do espaço objetivo entre homens (*objective in-between space*), à fabricação, à *poiēsis* do mundo, mas sobretudo do espaço intersubjetivo, às ações, às *práxis* (*subjective in-between space*), responsável pela edificação de uma espécie de imaginário de coisa pública (ASSY, 2004).

Perdeu-se o desejo de agir conjuntamente? Numa linguagem arendtiana, favorece-se a *obra* em detrimento da *ação* (interação entre os sujeitos). A fragilidade, frente a múltiplos acontecimentos irremediáveis, fortaleceu o componente da interioridade humana e, simultaneamente, desvalorizou a atividade conjunta. Arendt traz uma nova visão para este estado de coisas, ao “dignificar filosoficamente o estatuto das atividades que exercemos no mundo, em particular, do espaço público e da ação” (ASSY, 2004).

Não se pode negar que o egoísmo e a autorreferência dos homens e mulheres, de fato, interferem nas relações sociais, incluindo a formação e a atuação profissional médicas. Dessa forma, se um comportamento egoísta emerge como resultante da insegurança e da vulnerabilidade existente no espaço público comum em uma sociedade, isto impactará fortemente nas profissões em que o relacionar-se e estar com o outro é modelo *sine qua non* para seu exercício, o que ocorre, obviamente no caso da Medicina.

5.2 – UMA PROPOSTA DE INTERRUPÇÃO DA CULTURA DO NARCISISMO

Ainda mais relevante é entender que um comportamento pautado pela valorização do *self*²⁰, partindo do médico, é certamente compreendido como grave e questionável – já que o esperado para alguém que atue diretamente, na grande parte das especialidades, com a vida e com a morte, é que este seja senão o protótipo, algo próximo de um ser humano altruísta, capaz de tomar decisões pautadas por elevados princípios éticos e morais, além de ser dotado de capacidade técnica inquestionável. Qualquer aspecto que o diferencie do esperado é gerador de instabilidade e questionamentos, não sem razão de o ser.

Definitivamente vive-se, no século XX, uma cultura narcisista, centrada no “eu” e no “agora”. E o médico não está sozinho. Valoriza-se intensamente a lealdade, antes de mais nada, a si mesmo. É resultado de uma cultura que põe ênfase no indivíduo e, conseqüentemente, gera egoísmo, alienação e superficialidade (ZOHAR, 1990). De fato, a cultura do narcisismo é incompatível com uma prática médica verdadeiramente livre e acolhedora, pois surge da “incapacidade de se formar relacionamentos significativos consigo mesmo e com os outros” (ZOHAR, 1990, p. 188-189). Este

²⁰ “No centro das considerações morais da conduta humana está o eu (*self*); no centro das considerações políticas está o mundo” (ARENDR, 2004, p. 20).

modelo de cultura pode estar na natureza primeira da banalidade do mal, que despreza o envolvimento, o sentimento, e a importância do compromisso com o que não se reconhece como próprio, ou seja, o outro. Este modelo individualista tem suas origens no declínio da religião e da tradição e na ascensão da ciência moderna. Não é de se espantar que hoje, a medicina moderna, formada sob a égide do modelo cientificista, adote um modelo psicológico em que o indivíduo se relaciona com objetos, e não com outros sujeitos. A cultura do individualismo é, de tal forma disseminada, que é com ela que são medidos os próprios comportamentos. De fato, Danah Zohar afirma em seu livro, *O ser quântico*, “uma pessoa descompromissada **diz** coisas deste tipo: ‘não tenho nada a ver com isso’. Uma pessoa narcisista **sente**: ‘não tenho nada a ver com isso’” (ZOHAR, 1990, p. 194).

Efetivamente, parece que um modelo de formação ética do médico que se baseie em princípios deontológicos simplesmente, modelo que hoje ainda é representante da formação médica geral no país (modelo da obrigação a seguir, baseado num código de ética escrito, imposto como obrigação), seja incapaz de corresponder a anseios gerados por mudanças dramáticas pelas quais passou o mundo no século XX. Expressão desta incoerência é o relativo sucesso alcançado pelo seriado americano, muito conhecido no Brasil, denominado *Dr. House*. Para melhor elucidação, esclarece-se que os episódios se desenvolvem num hospital universitário fictício em que o personagem principal é um médico infectologista e nefrologista com excelente capacitação técnica, capaz de diagnósticos improváveis, mas cujo caráter é fortemente marcado por um comportamento antissocial (forte distanciamento dos pacientes) e antiético, marcado pelo narcisismo, pelo ceticismo e pelo mau-humor. De fato, é a personificação do médico que atua de acordo com suas próprias leis, sem jamais pensar no bem coletivo. Mas o que faz este personagem atrair a atenção de tantos espectadores, incluindo médicos reais? Uma das razões pode ser porque, embora atue de maneira egoísta, busca e consegue sempre salvar vidas. Além disso, exagera em características que demonstram sua inobservância e desrespeito por normas sociais e éticas:

Enquanto nós às vezes achamos nossos colegas menos capazes, ele sempre os humilha exibindo sua superioridade. Se nós deixamos de lado algumas regras por achar que elas mais atrapalham do que ajudam, ele as despreza todos os dias – e mais do que criar as suas próprias, age como se não existisse nenhuma lei entre ele e seus objetivos (BARROS, 2010).

Talvez um conceito ainda arraigado no inconsciente coletivo seja o da necessidade de se valorizar aquele que, no fim das contas, será capaz de salvar a sua vida, não importando outros aspectos da relação médico-paciente. Esta foi, indubitavelmente, a razão que permitiu a continuidade de um modelo biologicista que segue impregnado e atuante não apenas entre os profissionais da saúde, mas também em toda a sociedade, ou seja, na forma de pensar do próprio paciente que aceita e se expõe a situações eticamente questionáveis, ou mesmo condenáveis, em busca de uma salvação. A que preço? Vale a pena? Pode-se acreditar que exercer de maneira impecável o componente técnico da Medicina excluiria, eventualmente, a necessidade da presença do componente humanizado das relações? A resposta é, inequivocamente, não! Arendt insistiu na questão da dignificação das ações que ocorrem no mundo, em especial, no espaço público e na ação (interrelação) – a ação, no sentido *arendtiano*. É preciso valorizar a construção de relações dignificantes e saudáveis, com especial atenção ao próximo enquanto sujeito, trazendo-o para o mesmo nível do que é considerado próprio (*self*). Há, com certeza, sinais evidentes de mudança na direção, sinais que se manifestam primariamente no questionamento do *status quo*, através das discussões que permitem um alcance de possibilidades.

A disjunção representada pelo enfoque holístico *versus* enfoque biológico na complexa relação médico-paciente ainda não foi superada. Por mais que o senso comum e o conhecimento científico indiquem o caminho a ser seguido como o da integralidade (CAMPOS, FERREIRA, *et al.*, 2001, p. 3), como superação do modelo Flexneriano biologicista, sobretudo nos diversos esforços de uma formação acadêmica (graduação) e de educação continuada integral, o alcance das medidas segue limitado. Com efeito, esta é uma questão que envolve profundamente o universo moral da medicina.

Por certo, dentre os múltiplos dilemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde em geral e médicos em particular, alguns são muito mais discutidos que outros, por exemplo, a questão do aborto, da eutanásia, da seleção genética, enquanto as questões morais relacionadas ao cotidiano do trabalho clínico nem sempre são tão valorizadas. Em uma pesquisa realizada na Noruega (AGLEDAHL, FORDE e WIFSTAD, 2010), a respeito da prática moral médica no cotidiano da assistência, os profissionais médicos tendiam, invariavelmente, a fragmentar a história clínica, corporificar e categorizar as diversas queixas, alcançando, com os achados, um modelo médico de abordagem semiológica. Todas as acepções existenciais, tudo que

havia de subjetivo era removido, permanecendo a exteriorização anátomo-funcional. Os médicos, porém, eram capazes de se ocupar de uma realidade ambígua e complexa, e ainda identificavam o que havia de biologicamente relevante. Este estudo, ao discutir o modelo de abordagem clínica propõe uma Teoria da Essencialização: tal processo automatiza o atendimento tanto do ponto de vista técnico-biologicista como sob o aspecto moral. Embora os valores morais privados dos pacientes tenham sido desconsiderados, a essencialização funda-se na responsabilidade moral deontológica de fazer o melhor pela saúde dos pacientes, utilizando o princípio da beneficência, parte integrante dos currículos de medicina e da prática médica ensinada. Os autores afirmam ter havido, não uma perda de valores morais, mas um desvio de eixo em que o valor da beneficência é potencializado como parte integrante da essencialização no atendimento (AGLEDAHL, FORDE e WIFSTAD, 2010, p. 112). Ressurge um questionamento: o que mais se deseja no momento agudo da doença: um médico tecnicamente excelente que salve vidas ou um médico que respeite os valores morais privados e que não se esqueça do atendimento humanizado? Por que não os dois? De fato, se princípios bioéticos como o da Beneficência podem estar cunhados de modo indelével no atendimento diário do profissional médico (e certamente foram esculpidos durante todo o processo de formação na graduação e, sequencialmente, desde então), por que não seria possível expandir este modelo para um outro, que acolha valores amplos que extrapole os limites clássicos da Beneficência e englobe também os da autonomia, não-maleficência, justiça e equidade? Significa trazer novamente a campo a ideia de uma nova formação médica, voltada também para a formação moral e bioética do médico, num sentido amplo.

Retornando ao fio condutor que nos guia na abordagem do pensamento reflexivo, ou seja, e às questões iniciais desta dissertação, o pensamento crítico “permite aos estudantes correlacionar inferências apropriadas a respeito da condição humana (médica e social) baseando-se no passado, o potencial do futuro desconhecido e o abstrato” (PAPADIMOS, 2009).

Segundo Arendt, a pluralidade humana tem um duplo aspecto, o de igualdade e o de distinção. “Se não fossem iguais os homens não poderiam compreender uns aos outros e aos que vieram antes deles, nem fazer planos para o futuro” (ARENDR, 2014, p. 217). Se não fossem distintos, não precisariam do discurso e da ação para se fazerem compreender. Discurso e ação, por sua vez, não existiriam sem pensamento reflexivo (PAPADIMOS, 2009), portanto, o pensamento reflexivo é necessário para

promover a igualdade e a distinção humanas. Sem pensamento reflexivo nossos padrões morais seriam suspeitos e mutantes.

Superando o modelo inicial de duras críticas à dupla fuga “da Terra para o Universo e do mundo para si mesmo”, discutida em *A Condição Humana* – a fuga do mundo através da obra, o libertar-se do planeta exemplificado pelas conquistas espaciais, e a fuga para o interior, para o *self*, a que chama de “moderna alienação do mundo” (ARENDR, 2014, p. 7), Arendt segue o percurso de pensar e repensar questões morais, não mais sob uma perspectiva do mal radical de Kant, mas sim, de uma nova abordagem, a partir do conceito de banalidade do mal, surgido após a controvérsia iniciada com o julgamento de Eichmann em Jerusalém. Para Arendt, pensar significa realizar um diálogo sem fim consigo mesmo. Este diálogo deve ocorrer na “solidão da mente da própria pessoa” e, neste sentido, o pensamento reflexivo dá suporte a um diálogo interno infinito consigo mesmo, que deveria levar a mudanças comportamentais (PAPADIMOS, 2009).

Em conclusão, para pensar criticamente e realizar bons julgamentos, imaginando as perspectivas necessárias para conquistar o consentimento dos outros, os jovens necessitam uma exposição explícita e intencional a perspectivas divergentes, para que aprendam a pensar de forma representativa (GORDON, 2001, p. 81). Pensar representativamente é característica daqueles que são capazes de formar “uma opinião considerando um dado tema de diferentes pontos de vista, fazendo presentes em minha mente as posições dos que estão ausentes; isto é, eu os represento” (ARENDR, 2016d, p. 299).

Para se pensar em uma abordagem pragmática em defesa de uma educação médica de qualidade, que dignifique a importância do agir coletivamente, reforça-se o conceito de pensar criticamente e representativamente, conforme ensina Arendt:

Quanto mais posições de pessoas eu tiver presente em minha mente ao ponderar um dado problema, e quanto melhor puder imaginar como eu sentiria e pensaria se estivesse eu seu lugar, mais forte será minha capacidade de pensamento representativo e mais válidas minhas conclusões finais, minha opinião. [...] O próprio processo da formação de opinião é determinado por aqueles em cujo lugar alguém pensa e utiliza sua própria mente, e a única condição para esse exercício da imaginação é o desinteresse, a liberação dos interesses privados pessoais. Por conseguinte, mesmo se evito toda companhia ou me acho completamente isolado ao formar uma opinião, não estou simplesmente junto apenas a mim mesmo, na solidão da meditação filosófica; permaneço nesse mundo de interdependência universal, onde posso fazer-me representante de todos os demais. É claro que posso recusar-me a fazê-lo e formar uma opinião que leva em consideração apenas meus próprios interesses ou os interesses do grupo ao qual pertencço; com efeito, nada é mais

comum, mesmo entre pessoas altamente experimentadas, do que a cega obstinação que se manifesta na falta de imaginação e na incapacidade de julgar. Mas a autêntica qualidade de uma opinião, como de um julgamento, depende do grau de sua imparcialidade” (ARENDR, 2016d, p. 300).

Assim, fica evidente a necessidade de um projeto de educação que contemple não somente a capacidade de pensar, mas o pensar reflexivo, crítico e representativo, que possibilite a imaginação e a reflexão, capacitando a formação de adultos que sejam capazes de representar outras pessoas e não apenas de representar as perspectivas de si mesmos e de seus próprios mundos, portanto, capazes de fazer bons julgamentos.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento deste trabalho, ficaram claras, em cada capítulo, algumas propostas no sentido de auxiliar e dar um cunho pragmático a esta pesquisa. Nesta etapa final da elaboração da dissertação, faz-se uma breve recapitulação das ideias.

A busca por soluções para a educação e a saúde será sempre válida, sobretudo por se referirem a problemas intrinsecamente presentes no cotidiano da coletividade. A partir de um plano teórico conceitual, busca-se compreender a essência, ou melhor, as origens das circunstâncias vivenciadas na prática. Significa dizer, deste modo, que não se revela contraditória uma pesquisa conceitual sobre este tema, ainda que traga questionamentos epistemológicos no que se refere à dicotomia teoria-prática nos argumentos tratados (a formação ética do estudante de medicina, futuro médico), já que permite uma interrupção de automatismos de modelos que já não atendem aos anseios da coletividade. Importa transformar uma abstração válida, em que uma proposta ou discussão gere algum potencial de expansão no sentido de uma solução mais detalhada, em uma abstração útil, em que a execução das ações de uma potencial solução sejam mais factíveis do que o que originalmente se pensou. Não é permitida a ingenuidade de se acreditar em soluções mágicas. Assim, talvez o melhor fosse não se falar de soluções mas, de caminhos, abordar meios e não fins últimos. Aceitar que a essência e a evolução do conhecimento na área da educação e da saúde não são lineares e progressivas, mas multidirecionais, multifacetados, complexos e rizomáticos. Uma evolução que explode em todas as direções, importando seguir, não um caminho certo, mas o mais intenso.

Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas (DELEUZE e GUATARRI, 2011, p. 24).

Como previamente explicitado, em todo o tempo foi discutida a problemática vivenciada diariamente na grande área da saúde e as complexidades da grande área da educação. Ao se estudar epidemiologia aprende-se que, quando a mortalidade infantil é muito alta em regiões de baixa renda, com carência na oferta de saneamento e saúde, mesmo com poucos recursos, se consegue uma importante redução na

mortalidade, ao serem oferecidos cuidados de higiene e alimentação adequados, bem como alguns medicamentos e outros recursos de baixo custo. Por outro lado, conforme são superados os desafios iniciais, torna-se mais difícil reduzir ainda mais a taxa de mortalidade, pois passam a ser necessárias outras ofertas que demandam não apenas maiores recursos financeiros em infraestrutura e pessoal, mas também persistência, educação permanente e investimento em longo prazo. De modo semelhante, ao se fazer uma procura rápida em mecanismos de busca como o Google, as soluções para problemas ou desafios na área da saúde são facilmente elencadas. Há infinitas soluções, aparentemente fáceis, para problemas crônicos e persistentes. Um denominador comum entre estas propostas é sempre encontrado na origem das mesmas, ou seja, basta buscar o interesse primário de quem as publicou. Propõe-se, por exemplo, a privatização das UBS - Unidades Básicas de Saúde, deixando a medicina de alta complexidade com o SUS, certamente interessante para os proprietários da crescente “indústria” de pequenas unidades de centros médicos. Outra proposta, de vertente liberal extremista é a eliminação das exigências de licenciamento para faculdades de medicina, hospitais, drogarias, bem como eliminar todas as restrições governamentais sobre a produção e a venda de produtos farmacêuticos e equipamentos médicos, desregular a indústria de seguros de saúde e eliminar todos os subsídios para os doentes: ideias abertamente favoráveis ao livre mercado e às grandes empresas do setor. As propostas que, em geral, passam pela correta gestão de recursos e de financiamento, além de aumento da produtividade, vem a reboque das empresas que ofertam serviços de tecnologia da informação, voltadas para a gestão hospitalar e prontuário eletrônico. Outras soluções sugeridas, muito frequentemente encontradas, são a ampliação da rede, através da criação de infraestrutura adequada, a capacitação profissional, o investimento em prevenção e a participação do usuário como gestor, sempre sem detalhamento do modo como seriam realizados.

A verdade é que não é fácil encontrar soluções desvinculadas de interesses pessoais acima de qualquer suspeita. Por outro lado, este não é o grande obstáculo para que processos de melhoria ocorram na área da saúde e da educação. O impasse não está apenas na existência de interesses pessoais que ofertam, cada um a seu modo, soluções para a crise instalada. De fato, a busca de soluções deve ser incessante, o campo das possibilidades está aberto, e as sugestões são bem-vindas. O

impasse está em se definir concretamente o modelo que se deseja, e então, lutar por ele.

O embate que se descortina, assim, vai mais além do que simplesmente encontrar respostas. A formulação das perguntas é que vem sendo esquecida. De fato, ao responder às questões sobre como melhorar o estado de coisas que se encontram no campo do atendimento à saúde em geral, é imperioso, antes, perguntar: qual é modelo de sistema de saúde²¹ que se deseja? Esta foi uma pergunta feita anteriormente no Brasil, e já respondida na Constituição Federal de 1988. Logo no início desta dissertação se expôs o modelo de oferta preconizado para o atendimento à saúde a partir da Conferência Nacional de Saúde de 1986. Este modelo, com base em princípios de universalidade, integralidade e equidade já se mostrou funcional em alguns países, nomeadamente Reino Unido, Canadá, Portugal e Itália, notadamente, sistemas públicos de saúde. Os desafios existem e as adaptações em cada país também, mas, vale lembrar, é este o sistema nacional de saúde definido para o Brasil, com a Constituição Federal de 1988, ao qual se denominou Sistema Único de Saúde (SUS).

Existe, todavia, uma prática que se desenvolve à margem do que foi preconizado pela legislação, um agir que desconstrói o padrão de universalidade e gratuidade da oferta de serviços de saúde. Mesmo que não se entre no mérito de qual seria o sistema ideal, público, privado ou misto, isto é, qual seria o modelo de sistema de saúde perfeito para um país, o que foge ao escopo deste trabalho, uma escolha através de princípios democráticos e considerada válida, merece receber as condições adequadas para sua implantação e correta existência, sob a ameaça de se considerar inadequada uma proposição para a qual não se criaram as condições de existência. Caso isso não ocorra, corre-se o risco de não haver solução para o problema, já que não se pode acertar um alvo mirando outro. Definida a escolha por um modelo público, gratuito e universal, tal modelo deverá ser assim construído. Vale salientar que as condições políticas do contexto pós-ditadura militar que permitiram a definição e criação do SUS não se perpetuaram e, conseqüentemente, ficou comprometida a manutenção do seu adequado e necessário funcionamento a contento. Há muitas forças, desde o despertar do SUS, agindo no sentido inverso. Sob a justificativa de se

²¹ Sistema de saúde, referindo-se ao padrão de regulamentação do atendimento médico em um Estado (modelo de oferta, por exemplo, público ou privado). Diferenciar de Modelo ou Paradigma de compreensão do processo saúde-doença (biomédico, biopsicossocial ou infomédico), no qual o modelo de oferta se baseará.

criar uma possibilidade de escolha para a população, bem como, da participação do setor privado no financiamento da saúde, foi permitida e, posteriormente, regulamentada, a existência da Saúde Suplementar. De fato, a criação deste serviço privado de saúde suplementar fomentou, indiretamente, o enfraquecimento dos anseios coletivos por um serviço público universal de qualidade, que fosse financiado por recursos públicos e, portanto, de todos. A ideia da existência da saúde suplementar, um modelo de complementação, opcional ao atendimento em saúde, foi, na prática, desvirtuada, tornando-se, um sistema com atuação mais que apenas suplementar, gigantesco e regulado pelo Estado, que hoje não atua como secundário, mas se tornou a única possibilidade de atendimento digno para uma parte da população capaz de pagar por este sistema. O problema central surge ao se fortalecer o modelo individualizado de assistência, em detrimento dos movimentos da coletividade. As reivindicações se enfraquecem à medida que grande parte da população de maior poder aquisitivo, com maior acesso à educação e capacidade de mobilização política deixam de se interessar pela manutenção de um sistema público para todos. Retorna-se ao conceito de que, o que é de todos, não é de ninguém, e assim, mesmo aqueles que contam apenas com o SUS para seu atendimento, não considerem o sistema como seu.

De volta para a problemática da educação médica, é neste contexto crítico que se insere a educação formal no Brasil. Vive-se um período de transição entre um modelo biotecnista e um modelo biopsicossocial de medicina, além de uma crise no sistema público adotado pelo Estado. O meio acadêmico e algumas organizações coletivas buscam se esforçar no sentido de trazer a formação médica para a realidade necessária do fortalecimento do SUS. Ressalte-se que o modelo biopsicossocial de medicina traz grande potencial para a sustentação do sistema público de saúde. As mudanças vêm ocorrendo com a máquina em movimento, um moto perpétuo, e devem ocorrer de dentro para fora. A formação de todo profissional da assistência à saúde, não apenas do médico, deve seguir equilibrada com os anseios da sociedade, manifestos em suas escolhas de modelo assistencial. Embora teoricamente definido, o SUS permanece em constante construção, sofrendo embates que ameaçam sua sustentação e sua exequibilidade, causando, na prática, prejuízos para a formação profissional. Diretrizes e propostas de orientação político pedagógica e de assistência são criadas e estimuladas, mas o mercado de trabalho segue uma lógica diferente.

Uma lógica que visa a doença e não a saúde, a remuneração por procedimentos realizados e não por procedimentos evitados.

Para um problema complexo as respostas devem vir das perguntas corretas. Este trabalho parte, assim, do pressuposto de que a escolha da sociedade foi por um modelo de assistência que prioriza o coletivo e não apenas o individual, que deseja a assistência universal, equânime e integral, em compasso com os princípios essenciais da Bioética e da Ética do meio ambiente, reconhecendo o valor ético intrínseco de todas as realidades terrestres, ou seja, de uma ética verdadeiramente universal, que supera os princípios de uma ética deontológica.

[...] uma ética pós-moderna seria uma ética que readmitisse o Outro como próximo, como alguém muito perto da mão e da mente, no cerne do eu moral, de volta da terra devastada dos interesses calculados à qual ele foi exilado; uma ética que restaura o significado moral autônomo da proximidade; uma ética que lança novamente o Outro como a figura decisiva no processo pelo qual o eu moral chega ao que é seu (BAUMAN, 1997, p. 99).

Nesta dissertação, durante o desenvolvimento do texto, são trazidas ao debate algumas ponderações de ordem filosófica, epistemológica, cultural, política e social, buscando compreender como o pensamento de Arendt pode contribuir para a construção do pensamento reflexivo e para o desenvolvimento da competência moral dos estudantes de medicina, e se tal contribuição favorece a formação de médicos com maior grau de comprometimento e responsabilidade social. Um dos caminhos vem da noção de transformação de sujeitos passivos em ativos, falando-se, em especial, do ponto de vista da atividade mental. É essencial desenvolver um modelo de fuga do automatismo que leva à perda da responsabilidade do eu interior e atribui ao *non-self*, ao outro, ao “sistema”, as responsabilidades dos próprios atos. Arendt nos leva a crer que ignorar o mundo e os sentimentos dos outros (pacientes) pode ocorrer durante a busca incessante, mesmo que bem intencionada, pela melhor medicina, a depender da forma como se age. É importante refletir sobre o que se faz, e fugir da mediocridade. Este é um forte recado deixado por Arendt.

Arendt, porém, aponta o caminho mas não nos diz como segui-lo. Não era seu objeto de estudo as sinuosidades da formação médica. A autora escolhida para o diálogo, seus escritos e ensinamentos, são incapazes, portanto, de responder a todos os questionamentos nesta área do conhecimento. Por consequência, foram necessárias observações adicionais, tanto de estudiosos da interlocutora, como de

outros estudiosos, sobre os temas correlatos, a fim de prover maior consistência ao debate.

Os estudantes de medicina precisam ser formados com uma visão ampla do cenário em que atuarão como médicos, tendo em vista os aspectos econômicos e humanísticos da prestação dos serviços de saúde, da ética e da responsabilidade social. Do ponto de vista da formação médica a mudança de paradigma flexneriano para o da determinação social da doença traz como foco a saúde e não a doença, o processo ensino-aprendizagem centrado no aluno e sua participação ativa, o ensino da prática ocorrendo no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e interagindo com os sistemas de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde (SUS), o pensamento crítico e a valorização da atuação interdisciplinar (DAROS, 2004). Um outro campo que necessita ser valorizado é o da abertura a mudanças conceituais ocorridas no século XX e início do século XXI, relacionadas às ciências, como as relações entre física quântica e medicina psicossomática, isto é, o favorecimento à flexibilidade para outras racionalidades médicas existentes (RAKOVIC e SLAVINSKII, 2011), tidas como ausentes no processo de hegemonização do modelo tecnicista de medicina (modelo biomédico), incluindo a valorização da correta abordagem às manifestações físicas de distúrbios emocionais (GROF, 2011). É enriquecedora a abordagem de Foss e Rothenberg, que propõem um modelo infomédico, que vem complementar aquele modelo biopsicossocial de cuidado em saúde proposto por Engel (ENGEL, 1989). Os autores exploram a cibernética e os sistemas de auto-organização para determinar um padrão definido como infomédico, que reconhece a pessoa como central para o processo saúde-doença, funcionando como um sistema de processamento de informação em múltiplos níveis, demandando múltiplas mensagens, de cuja interação se determinam a saúde e o bem estar do sistema (FOSS e ROTHENBERG, 1987), o que significa que o paciente é o meio através do qual variáveis são organizadas, mediadas e expressas, ampliando o conceito e a compreensão de doença para distante de um padrão reducionista.

Dando continuidade à análise final sobre a educação médica e propostas de melhorias, é importante se voltar para o estudo do pensamento crítico e como trazê-lo para a formação médica. No desenvolvimento deste trabalho foi trazida uma proposta de abordagem, fornecida parcialmente por Papadimos (PAPADIMOS, 2009), que sugere que a implantação de um modelo que estimule o pensamento reflexivo deve ser antes avaliado com base no ambiente escolar, no corpo docente e no corpo discente,

mas que pode ser estimulada através do uso da técnica de aprendizagem baseada em problemas (PBL – *Problem Based Learning*), na aprendizagem baseada em casos, no uso do modelo de ensino pelos pares, debates, atividades de *mentoring* realizados por pessoal treinado do corpo docente, enfim, por um conjunto de metodologias ativas de aprendizagem. Em uma revisão sistemática sobre o tema do pensamento reflexivo na educação médica, sugere-se que as estratégias de ensino citadas possam ser mais exploradas em termos qualitativos, levando a uma interação de diferentes métodos, como, por exemplo, integrando o aprendizado com os pares a um workshop em questionamentos críticos, ou mesmo apresentação de casos e técnicas de PBL (CHAN, 2016). O uso de discussões online e videoconferências, sempre utilizadas com estratégias ativas, pode resultar em desenvolvimento do pensamento reflexivo. De fato, a criação de espaços públicos de discussão através destas metodologias ativas necessitará de professores com autoridade legítima, conforme defendido por Arendt. Papadimos acrescenta ainda que o ensino médico é um ensino de adultos e deve levar em consideração as premissas do modelo de Knowles: (1) eles são intrinsecamente motivados, (2) a prontidão para aprender é inerente ao aluno, (3) a necessidade de saber é forte em aprendizes adultos, (4) autoconceito e responsabilidade intelectual levam a aceitação do aprendizado autodirigido, (5) experiências passadas são essenciais para o aprendizado, bem como discussões em grupo, simulações e resolução de problemas envolvendo seus pares são eficazes, e (6) examinar questões relevantes relacionadas com situações da vida real motivam intensamente os adultos (PAPADIMOS, 2009).

Não há como se pensar em um modelo pedagógico que tem tanto a oferecer aos estudantes na formação médica, sem que se preconize, uma discussão que busque fomentar a formação pedagógica dos professores para os cursos de medicina. A capacitação docente deve ser voltada para o aspecto técnico-científico, mas também para o componente didático-pedagógico. É este professor médico que levará o estudante para lugar de sujeito, estimulando a própria formação em gestão e educação. Como já dito, a formação pedagógica de professores para os cursos de medicina proporcionará o surgimento de novos médicos, gestores da própria educação continuada, e que, conseqüentemente, valorizarão também o conceito de paciente enquanto gestor da própria vida, e não objeto.

Quando se prioriza o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o processo de aprendizagem deve ser o foco da atenção, e não apenas o modelo de avaliação do

aprendizado. Significa que o pensamento crítico, para ser estimulado, precisa do desenvolvimento do processo de pensar, e não isoladamente o foco no resultado. Como já sugerido, o estímulo ao desenvolvimento do pensamento crítico dos alunos passa também pelo estímulo aos professores, o que tem sido um tema pouco explorado. A possibilidade de se contratarem professores de Filosofia pode estimular os estudantes a nutrirem pensamentos lógicos e críticos é, certamente, promissora (CHAN, 2016).

Vale lembrar que Kole (KOLE, 2011) afirma que a avaliação de si próprio sob um ponto de vista autorreflexivo capacita o profissional a um tipo de autorregulação, um tipo de controle racional moral que pode ser chamado de autonomia profissional. Este controle racional moral é conhecido como uma característica comportamental denominada competência moral. Como dito anteriormente, não é suficiente possuir consciência de uma situação moral (sensibilidade moral), ser capaz de raciocinar e elaborar julgamento (raciocínio moral), ser dedicado e motivado a dar mais importância a questões morais que a outras (motivação moral), e persistir no comportamento moral (caráter moral). É necessário, para se tornar um profissional moralmente competente, agir desta forma, sobre tais considerações, em múltiplas e, por vezes, desconfortáveis situações (KOLE, 2011).

Em relação à construção da competência moral, para frutificar, o ensino da competência moral tem de oscilar entre as duas concepções de conceitos ambíguos de competência. De uma visão teleológica da prática profissional, ou seja, um objetivo geral (telos) alinhado com uma prática profissional específica (coletiva) a que corresponde uma visão de bom profissional, até uma concepção de competência mais estreita, relacionada às múltiplas competências plurais, ou seja, entre aspirações idealísticas e restrições morais deontológicas realistas (KOLE, 2011).

Dependerá, assim, da ação, compreendida no sentido arendtiano, de interação entre um sujeito e outro, ou seja da interação professor-aluno, a busca da responsabilidade do desenvolvimento da prática profissional daqueles que estão entre a educação e a prática política. A capacidade de denunciar situações de coerção pelas quais passam estudantes e profissionais gerando oportunidades de discussão fortalecerá, sem dúvida, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, tendo em vista que “o pensamento, enquanto diálogo interno deveria ter espaço privilegiado nos processos educativos que se queiram morais” (ANDRADE, 2010). Portanto, o que se deseja é a valorização de uma educação “comprometida com o respeito e a abertura

aos valores morais mais fundamentais, como justiça, liberdade, solidariedade, diálogo e tolerância” (ANDRADE, 2010).

A contribuição deste trabalho é a de fornecer uma justificativa teórica capaz de mobilizar forças que, cientes do caminho necessário em direção a uma formação médica dotada de consciência crítica e reflexiva, tomem iniciativas nesta direção. Foram fornecidos alguns subsídios iniciais com vistas a uma formação médica que contemple o estímulo à geração ativa de competência moral.

O propósito desta obra não é o de recomendar reformas institucionais ou o de sugerir novas diretrizes para a educação médica. Procura-se trazer à participação ativa o sujeito, no sentido arendtiano, em sua dimensão de pluralidade, através do convívio social, ou seja, da sua interação com o próximo. Uma fuga, sim, do individual em direção ao coletivo.

Busca-se, desta forma, através de uma argumentação que passa pelos modelos paradigmáticos de ensino em saúde e pela crise da tradição, com seus reflexos sobre a autoridade e sobre a responsabilidade social, lançar luz à possibilidade de se vislumbrar, na reconstrução das relações, através do estímulo ao pensamento crítico e reflexivo e desenvolvimento do comportamento moral, uma ruptura com modelos destrutivos de cunho individualista e incompatíveis com uma prática médica verdadeiramente alicerçada na bioética e numa ética universal. Desta maneira, não basta possuir uma orientação moral, mas uma competência de julgamento moral, como definido por Kohlberg.

Acredito que nossa compreensão atual desse segundo aspecto do comportamento moral é melhor resumida no já mencionado conceito de competência moral, que definimos como a capacidade de resolver problemas e conflitos com base em princípios morais universais por meio do pensamento e da discussão, ao invés de usar a violência, o engodo e a força. Com base nessa definição, supomos que quanto maior o problema, de melhor maneira a habilidade deverá ser desenvolvida. Se os problemas crescem sobre nossas cabeças porque as mudanças sociais são muitas, e nossas instituições educacionais (pais, escolas e universidades) não deram oportunidade suficiente para o desenvolvimento da competência moral, então recorreremos a formas inferiores de resolução de conflitos como a violência, a fraude e a força. Se isso também não nos ajuda, clamamos por poder forte, que resolva nossos

problemas e conflitos – o que equivale à abolição da coexistência democrática em favor da ditadura²² (LIND, 2016, p. 45).

REFERÊNCIAS

AGLEDAHL, K. M.; FORDE, R.; WIFSTAD,. Clinical essentialising: a qualitative study of doctor's medical and moral practice. **Medical Health Care and Philosophy**, v. 13, p. 107-113, 25 march 2010.

AMORIM, M. P.; SILVA, I. Instrumento de avaliação do pensamento crítico em estudantes e profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 1, p. 122-137, 2014.

ANDRADE, M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 43, p. 109-125, jan/abr 2010.

ANDRADE, M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15 (43), jan/abr 2010.

ARENDT, H. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. 1ª edição 1999. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 336 p.

ARENDT, H. **Responsabilidade e julgamento**. Tradução de Rosaura EICHENBERG. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 375 p.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto RAPOSO. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ARENDT, H. A crise na educação. In: HANNAH, A. **Entre o passado e o futuro**. Tradução de Mario W. BARBOSA. 8ª. ed. São Paulo: Perspectiva, v. 64, 2016a. Cap. 5, p. 221-247.

ARENDT, H. Que é autoridade? In: ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Tradução de Mauro W. BARBOSA. 8ª. ed. São Paulo: Perspectiva, v. 64, 2016b. Cap. 3, p. 127-187.

ARENDT, H. **A vida do espírito**. Tradução de Cesar Augusto de ALMEIDA; Antônio ABRANCHES e Helena MARTINS. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016c.

ARENDT, H. Verdade e política. In: ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Tradução de Mauro W. BARBOSA. São Paulo: Perspectiva, 2016d. p. 282-325.

²² I believe that our current understanding of this second aspect of moral behavior is best summed up by the already mentioned concept of moral competence, which we define as the ability to solve problems and conflicts on the basis of universal moral principles through thinking and discussion, instead of using violence, deceit, and force. Based on this definition we assume that the greater the problem, the better the ability must be developed. If the problems grow over our heads because social change is great, but our educational institutions (parents, schools, and universities) have not given sufficient opportunity for the development of moral competence, then we fall back on lower forms of conflict resolution such as violence, fraud, and force. If that also does not help then we call for a strong power that solves our problems and conflicts for us – which amounts to the abolition of democratic coexistence in favor of dictatorship (LIND, 2016).

ASSY, B. Faces privadas em espaços públicos - por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. **Responsabilidade e Julgamento**. Tradução de Rosaura EISHENBERG. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. Cap. Introdução à edição brasileira, p. 375.

ASSY, B. **Ética, responsabilidade e juízo em Hannah Arendt**. São Paulo: Perspectiva, v. 334, 2015. 256 p.

BARROS, D. M. D. E +. **Estadão**, 20 abr. 2010. Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/daniel-martins-de-barros/apenas-humanos-de-dr-house-a-homer-simpson/>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. Tradução de João Rezende COSTA. São Paulo: Paulus, 1997.

BEDIM, J. G. L. **Uma proposta de metodologias participativas na extensão universitária: o ensino de idiomas como uma vertente instrumental**. UFRJ. Rio de Janeiro, p. 307 f. 2006.

BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. 9ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 Junho 2014. 8-11. Resolução Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES) 3/2014.

CAMPOS, F. E. D. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/agosto 2001.

CARVALHO, J. S. F. D. A liberdade educa ou a educação liberta? Uma crítica das pedagogias da autonomia à luz do pensamento de Hannah Arendt. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 839-851, set/dez 2010.

CHAN, Z. C. Y. A systematic review on critical thinking in medical education. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, p. 1-11, 2016.

CUNHA, A. G. D. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010. 744 p.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. Cap. 10, p. 224-244.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**. Tradução de Ana Lúcia de OLIVEIRA; Aurélio GUERRA NETO e Célia Pinto COSTA. 2ª. ed. São Paulo: Editora 34, v. 1, 2011.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1ª 2000 - 13ª reimpressão. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

D'ENTREVES, M. P. Hannah Arendt. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 2016. Disponível em: <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/arendt/>>. Acesso em: 2017 maio 01.

DEWEY, J. How we think, 1910. Disponível em: <<http://rci.rutgers.edu/~tripmcc/phil/dewey-hwt-pt1-selections.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

DYRBIE, L. N. et al. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, p. 334-341, 2008.

ENGEL, G. L. The need for a new model: a challenge for biomedicine. **Holistic Medicine**, v. 4, p. 37-53, 1989.

ENGEL, G. L. How much longer must Medicine's science be bound by a seventeenth century world view? **Psychotherapy and Psychosomatics**, New York, v. 57, p. 3-16, 1992.

ENNIS, R. A logical basis for measuring critical thinking skills. **Educational Leadership**, v. 43, n. 2, p. 44-48, 1985.

FACIONE, P. A. Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assesment and instructions - The Delphi Report, 1990. Disponível em: <https://assessment.trinity.duke.edu/documents/Delphi_Report.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FINI, L. D. T. Desenvolvimento moral: de Piaget a Kohlberg. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 9 (16), p. 58-78, jan/dez 1991.

FLEXNER, A. **Medical education - a comparative study**. New York: The Macmillan Company, 1925.

FOSS, L.; ROTHENBERG, K. **The second medical revolution**: from biomedicine to infomedicine. Boston: New Science Library, 1987. 328 p.

FREIRE, P. **pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 52^a. ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GADAMER, H.-G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma filosofia hermenêutica. Petrópolis: Vozes, 1999.

GORDON, M. **Hannah Arendt and education**: renewing our common world. Boulder, Colorado: Westview Press, 2001.

GROF, S. Manifestações físicas de distúrbios emocionais: observação do estudo de estados incomuns da consciência. In: LIIMAA, W., et al. **Pontos de mutação na saúde**: integrando corpo e mente. São Paulo: Aleph, 2011.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. 4^a. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HARLEN, W. Education for equal opportunities in a Scientifically literate society. **International Journal of Science Education**, v. 11, n. 2, p. 125-134, 1989. Acesso em: 21 maio 2017.

HEUER, W. Corpo e vida: a crítica de Hannah Arendt à modernidade científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 533-549, 2010.

HOBBSAWN, E. **Era dos extremos: O breve século XX: 1914-1991**. Tradução de Marcos SANTARRITA. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KAMII, C. **A criança e o número: implicações educacionais da teoria de Piaget para a atuação de escolares de 4 a 6 anos**. Tradução de Regina A. de ASSIS. 39^a. ed. Campinas: Papirus, 2012.

KOHN, J. Introdução à edição americana. In: ARENDT, H. **Responsabilidade e Julgamento**. Tradução de Rosaura EINSHENBERG. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. Cap. Introdução à edição americana, p. 375.

KOLE, J. J. Teaching moral competence to pre-professionals: a blessing or a curse? In: RUYTER, D. J. D.; MIEDEMA, S. **Moral education and development: a lifetime commitment**. Rotterdam: Sense Publishers, 2011. Cap. 16, p. 239-253.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 55-65, 1997.

LAFER, C. A internacionalização dos direitos humanos: o desafio do direito a ter direitos. In: AGUIAR, O. A.; PINHEIRO, C. D. M. **Filosofia e Direitos Humanos**. 1^a. ed. [S.I.]: Editora da Universidade Federal do Ceará, v. 4, 2006.

LAMPERT, J. B. Paradigmas da educação médica. In: LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no brasil: tipologia das escolas**. 2^a. ed. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2009. p. 305. ISBN 2.

LEVENSON, J. L. Somatic symptom disorder: Assessment and diagnosis. **UpToDate**, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/somatic-symptom-disorder-assessment-and-diagnosis?search=Conversion%20and%20somatic%20symptom%20disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H84816286>. Acesso em: 30 jan. 2018.

LIND, G. From Practice to Theory – Redefining the Role of Practice in Teacher Education, 2000a. Disponível em: <https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2000_Practice-to-Theory.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

LIND, G. O significado e a medida da competência moral revisitada: um modelo do duplo aspecto da competência moral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 399-416, 2000b.

LIND, G. **How to teach morality: promoting deliberation and discussion, reducing violence and Deceit**. Berlin: Logos Verlag, 2016.

LUDMERER, K. M. Understanding the Flexner Report. **Academic Medicine**, 85, n. 2, February 2010. 193-196.

MACHADO, M. H. As condições de trabalho médico. In: MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 6.

MATURANA, H.; DÁVILA, X. O grande, o pequeno, o humano: reflexões prévias à saúde. In: LIIMAA, W., et al. **Pontos de mutação na saúde: integrando corpo e mente**. São Paulo: Aleph, 2011.

MELLO, M. B. C. D. **Uma Educação Ambiental como Estética da Existência e Epistemologia dos Nexos: a experiência socioeducativa do Projeto Florescer**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [S.l.], p. 299f: 33il. 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma reformar o pensamento**. Tradução de Eloá JACOBINA. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NÚÑEZ, M. C. **São Francisco e a Ética Global**. Braga: Editorial Franciscana, 2009.

ONGARO, S. Compreendendo as relações entre o psiquismo e o adoecer. **Temas em Psicologia**, v. 2, p. 167-75, 1994.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32, n. 4, 2008. 492-499.

PAIM, J. S.; DA SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUSI. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, ago 2010. ISSN 2.

PAPADIMOS, T. J. Reflective thinking and medical students: some thoughtful distillations regarding JOhn Dewey and hannah Arendt. **Philosophy, Ethics and Humanities in medicine**, v. 4, 16 abr. 2009. ISSN 5.

PEGORARO, O. **Ética dos maiores mestres através da história**. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

RAKOVIC, D.; SLAVINSKKI, Z. M. Fenomenologia das (psico)terapias dos meridianos: implicações quântico-holográficas e psicossomático-cognitivas. In: LIIMAA, W. (., et al. **Pontos de Mutação na Saúde**. São Paulo: Aleph, 2011.

RAMOS, C. A. Hannah Arendt e os elementos constitutivos de um conceito não liberal de cidadania. **Revista Filosófica**, Curitiba, v. 22, n. 30, p. 267-296, jan/jun 2010.

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

REGO, S.; PALACIOS, M.; SCHRAMM, F. R. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARINS, J. J. N., et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. Cap. 8, p. 390.

REGO, S.; SCHILLINGER-AGATI, M. Desenvolvimento moral e ambiente de ensino-aprendizagem nas escolas médicas. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 7, p. 460.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 13ª. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

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

SCHÖN, D. A. **Edicando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Tradução de Roberto Cataldo COSTA. Porto Alegre: Artmed, 2008. 256 p.

TENREIRO-VIEIRA, C. Produção e avaliação de actividades de aprendizagem de ciências para promover o pensamento crítico dos launos. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 33, n. 6, 2004.

TOMEY, A. V. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, 16, n. 2, 2002. 156-63.

TOPOLSKI, A.; LEUVEN, K. U. Creating citizens in the classroom: Hannah Arendt's political critique of education. **Ethical Perspectives: Journal of the European Ethics in Network**, v. 2, p. 259-282, 2008.

TOURAINÉ, A. **Crítica da modernidade**. Tradução de Elia Ferreira EDEL. 10ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

UNESCO. **Global citizenship education - topics and learning objectives**. Paris: UNESCO, 2015. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002329/232993e.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

VOGEL, L. Physician suicide still shrouded in secrecy. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188 (17-18), p. 1213, 2016.

ZOHAR, D. **O ser quântico**: uma visão revolucionária da natureza humana e da consciência, baseada na nova física. Tradução de Maria Antônia VAN ACKER. São Paulo: Nova Cultural, 1990.

ANEXO – Níveis e estágios de desenvolvimento moral, segundo Kohlberg.
(FINI, 1991, p. 63)

NÍVEL I - Pré-convencional:

O valor moral localiza-se nos acontecimentos externos, "quase" físicos, em atos maus ou em necessidades "quase" físicas, mais do que em pessoas ou padrões.

Estágio 1 - orientação para a obediência e castigo. Deferência egocêntrica, sem questionamento, para o poder ou prestígio superior ou tendência para evitar aborrecimentos.

Estágio 2 - orientação ingenuamente egoísta. A ação correta é a que satisfaz instrumentalmente às próprias necessidades e, eventualmente, às de outrem. Consciência do relativismo do valor relativo das necessidades e perspectivas de cada um. Igualitarismo ingênuo e orientação para troca e reciprocidade.

NÍVEL II – Convencional:

O valor moral localiza-se no desempenho correto de papéis, na manutenção da ordem convencional e em atender às expectativas dos outros.

Estágio 3 - orientação do bom menino e boa menina. Orientação para obtenção de aprovação e para agradar aos outros. Conformidade com imagens estereotipadas ou papéis naturais e julgamento em função de intenções.

Estágio 4 - orientação de manutenção da autoridade e ordem social. Orientação para cumprir o dever e demonstrar respeito para com a autoridade e para a manutenção da ordem social como um fim em si mesmo. Consideração pelas expectativas merecidas dos outros.

NÍVEL III - Pós-convencional, autônomo ou nível de princípios:

O valor moral localiza-se na conformidade para consigo mesmo, com padrões, direitos e deveres que são ou podem ser compartilhados.

Estágio 5 - orientação contratual legalista. Reconhecimento de um elemento ou ponto de partida arbitrário nas regras, no interesse do acordo. O dever é definido em termos de contrato ou de evitar, de forma geral, a violação dos direitos dos outros e da vontade e bem-estar da maioria.

Estágio 6 - orientação de consciência ou princípios. Orientação não apenas para regras sociais realmente prescritas, mas para princípios de escolha que envolvem apelo à universalidade lógica e consistência. Orientação para consciência, como agente dirigente, e segundo respeito e confiança mútua.