UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTÔNIO VELANO – UNIFENAS
MARCOS VINÍCIUS DOMINGUES BORBA

PROPOSTA CURRICULAR PARA ENSINO DE FILOSOFIA NO CONTEXTO DA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Belo Horizonte
2024

MARCOS VINÍCIUS DOMINGUES BORBA

PROPOSTA CURRICULAR PARA ENSINO DE FILOSOFIA NO CONTEXTO DA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Professor Edson Antônio Velano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira
Coorientador: Prof. Me. Carlos Euclides Marques

Belo Horizonte

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Borba, Marcos Vinícius Domingues.
Proposta curricular para ensino de filosofia no contexto da graduação e residência médica. [Manuscrito] / Marcos Vinícius Domingues Borba. – Belo Horizonte, 2024.
127 f.

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira.
Coorientador: Carlos Euclides Marques

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2024.
1. Educação Médica. 2. Currículos. 3. Residentes (Medicina). I. Borba, Marcos Vinícius Domingues. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404

UNIFENAS
Pesquisa e Pós-graduação

Certificado de Aprovação

PROPOSTA CURRICULAR PARA ENSINO DE FILOSOFIA NO CONTEXTO DA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA

AUTOR: Marcos Vinícius Domingues Borba

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.

Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Prof. Dr. Jair Leopoldo Raso

Prof. Dr. Ricardo Luiz Narciso Moebus

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2024.

Prof. Dr. Aloísio Cardos Júnior
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

Reitora

Profª Maria do Rosário Araújo Velano

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Dra. Larissa Araújo Velano

Vice-Reitora e Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Dra. Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Prof. Dr. Danniel Ferreira Coelho

Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profª Dra. Laura Helena Órfão

Supervisora do Câmpus de Belo Horizonte:

Profª Dra. Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Prof. Dr. Aloisio Cardoso Junior

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmão, pelo amor irrestrito.

Ao meu orientador, Prof. Alexandre Pereira, por acreditar na ideia e apontar os caminhos.

Ao meu coorientador, Prof. Carlos Euclides, pelas valiosas contribuições.

Aos participantes das entrevistas, por serem um dos pilares desse trabalho.

Ao Dr. Fernando Resende Pompeu (*in memoriam*), pelo exemplo inspirador.

Aos amigos, pela leveza dos bons momentos.

Aos colegas do mestrado, pela partilha.

Ao Sr. Milton Silva Campos do Nascimento, pela sua obra.

RESUMO

Introdução: A educação médica atual tem forte base tecnocientífica. É sabido que o modelo científico, embora fundamental, é incompleto para tratar das sutilezas, dúvidas e ambiguidades da prática clínica, de modo que as evidências empíricas não abarcam a totalidade da existência humana. Assim, se faz necessário munir os novos médicos de senso crítico e competências atitudinais para lidar com a realidade complexa. A filosofia parece prestar contribuição valorosa nesse ponto, porém, o melhor modo de se fazer isso ainda está por se responder. **Objetivo:** elaborar proposta curricular de ensino de filosofia na graduação e na residência médica. **Metodologia**: utilizamos quatro passos na elaboração do currículo (avaliação de necessidades gerais, avaliação de necessidades específicas, definição de metas e objetivos, seleção de estratégias educacionais). Foi realizada análise de conteúdo de entrevistas com docentes experientes e revisão narrativa da literatura para embasamento da proposta. **Resultados:** conclui-se pela necessidade de ensino multidisciplinar e centrado no aluno, baseado em problemas. A formação da crítica, a adaptação do ensino às novas gerações, a capacitação do docente e o reconhecimento das oportunidades de aprendizagem nos cenários práticos consistem nas necessidades específicas do currículo. As três metas curriculares têm foco no ensino de ontologia, de epistemologia e de ética aplicados à prática médica. Foram descritas estratégias educacionais para ensino de filosofia na formação médica por meio de disciplina curricular, sessões didáticas e longitudinalização curricular. É necessário que a proposta seja implementada em cenário real, a fim de possibilitar seu aprimoramento.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica; currículo; filosofia da medicina.

ABSTRACT

Introduction: Current medical education has a strong techno-scientific base. It is known that the scientific model, although fundamental, is incomplete in dealing with the subtleties, doubts and ambiguities of clinical practice, so that empirical evidences does not cover the entirety of human existence. Therefore, it is necessary to equip new doctors with critical sense and attitudinal skills to deal with the complex reality. Philosophy seems to make a valuable contribution at this point, however, the best way to do this has yet to be answered. **Objective:** to develop a curricular proposal for philosophy education at undergraduate and medical residency levels. **Methodology:** we used four steps in preparing the curriculum (general needs assessment, specific needs assessment, definition of goals and objectives, selection of educational strategies). A content analysis of interviews with experienced teachers and a narrative review of the literature were performed to support the proposal. **Results:** it is concluded for the necessity of multidisciplinary, student-centered, problem-based teaching. The formation of criticism, the adaptation of teaching to new generations, the training of teachers and the recognition of learning opportunities in practical scenarios are the specific needs of the curriculum. The three curricular goals focus on teaching ontology, epistemology and ethics applied to medical practice. Educational strategies for teaching philosophy in medical training were described through curricular discipline, didactic sessions and curricular longitudinalization. It is necessary for the proposal to be implemented in a real scenario, in order to enable its improvement.

KEYWORDS: Medical education; curriculum; philosophy of medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Desenho metodológico ..……..……...……. 32

Quadro 1 – Categoria: caracterização do problema……...…..……. 43

Quadro 2 – Categoria: estratégias já utilizadas no enfrentamento do problema…. 48

Quadro 3 – Categoria: estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema.. 52

Figura 2 – Correspondência entre a proposta de Gallo (2012) e a ABP……..... 56

Quadro 4 – Síntese da avaliação de necessidades gerais…….…..… 58

Quadro 5 – Categoria: ambiente de aprendizagem…….…..… 60

Quadro 6 – Categoria: caracterização da população alvo…….… 64

Quadro 7 – Categoria: barreiras a serem superadas…….…. 67

Quadro 8 – Categoria: fatores oportunizadores……..... 69

Quadro 9 – Síntese da avaliação de necessidades específicas……... 72

Quadro 10 – Objetivos de aprendizagem……..… 73

Quadro 11 – Estratégias educacionais…….…. 77

Figura 3 – Modificações sugeridas para ABP……..…. 82

Figura 4 – Cronograma sugerido para o curso……..… 82

Quadro 12 – Rubrica para correção de questão aberta……..… 83

Figura 5 – Modelo de organização das sessões didáticas periódicas……..... 85

Figura 6 – Proposta de longitudinalização curricular……... 86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da população entrevistada……..…. 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIM	American Board of Internal Medicine
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ANPOF	Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia
BNCC/EM	Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCNEM	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio
ERIC	Education Resources Information Center
IA	Inteligências Artificiais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEC	Ministério da Educação
NEM	Novo Ensino Médio
PIBID	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência
PRM	Programa de Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TBL	Team Based Learning
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFENAS	Universidade Professor Edson Antônio Velano
USP	Universidade de São Paulo
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

	PRÓLOGO ……..…….	13
1	**INTRODUÇÃO……..…….…….…**	15
1.1	**Breve história da relação entre Medicina e Filosofia.……..…….....**	17
1.2	**Algumas propostas curriculares de educação filosófica para médicos em formação…….……..**	20
1.3	**O ensino de filosofia no Brasil ……...…**	22
1.4	**Considerações metodológicas acerca do ensino de filosofia…….....**	26
2	**HIPÓTESE DE PESQUISA ……..…...…**	30
3	**OBJETIVOS ……..…**	31
3.1	**Objetivo geral …….....**	31
3.2	**Objetivos específicos ……..**	31
4	**MATERIAIS E MÉTODOS …….…**	32
4.1	**Desenho do Estudo ……...…..…**	32
4.2	**Etapas da elaboração do currículo ……...**	32
4.2.1	***Etapa 1: Definição do problema e avaliação de necessidades gerais ….....***	33
4.2.2	***Etapa 2: Avaliação de necessidades específicas……....***	33
4.2.3	***Etapa 3: Definição de metas e objetivos ……....…***	33
4.2.4	***Etapa 4: Seleção de estratégias educacionais ……....…***	33
4.3	**Revisão da literatura …….……**	34
4.4	**Entrevistas……..**	34
4.4.1	***População e amostragem ……...….***	35

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão 36

4.4.3 Recrutamento 36

4.4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados 36

4.4.5 Análise de dados 37

4.4.6 Aspectos éticos 39

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 40

5.1 Avaliação de necessidades gerais 42

5.1.1 Caracterização do problema 43

5.1.2 Estratégias já utilizadas para o enfrentamento do problema 47

5.1.3 Estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema 52

5.1.4 Síntese da avaliação de necessidades gerais 58

5.2 Avaliação de necessidades específicas 59

5.2.1 Caracterização do ambiente de aprendizagem 60

5.2.2 Caracterização da população alvo 64

5.2.3 Barreiras a serem superadas 67

5.2.4 Fatores oportunizadores 69

5.2.5 Síntese da avaliação de necessidades específicas 72

5.3 Objetivos de aprendizagem 73

5.3.1 M1 e a ontologia 74

5.3.2 M2 e a epistemologia 75

5.3.3 M3 e a ética 75

5.4 Estratégias educacionais 76

5.4.1 Disciplina curricular isolada 76

5.4.2 Sessões didáticas em cenário prático 84

5.4.3 Longitudinalização curricular……...…… 86

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS……...…….. 88

REFERÊNCIAS …….…..…….. 90

APÊNDICES ……...…… 99

PRÓLOGO

A motivação para realização deste trabalho está ligada à minha trajetória pessoal e acadêmica. Essa trajetória determina a posição de onde falo hoje e está ligada à formação da minha subjetividade. Seria pretensão inexitosa tentar desenvolver uma pesquisa qualitativa — quiçá qualquer pesquisa — isenta de subjetividade, purgada das intenções do autor. Cabe, portanto, como melhor saída para validação da pesquisa, o desvelamento da subjetividade através da exposição mais clara possível das intenções e opiniões do autor — e que elas sejam levadas em conta pelo leitor ao compor seu juízo último dos argumentos e resultados apresentados.

A minha trajetória na medicina se iniciou em 2010, na Universidade Federal de Minas Gerais. O ingresso no curso de medicina foi acompanhado da inocente expectativa de que o estudo exaustivo da ciência e das técnicas levaria à resolução da quase totalidade dos problemas — não sei ao certo se os meus ou os dos pacientes. Queria saber nomes, síndromes, moléculas, drogas. Por felicidade do destino, tive contato com professores e profissionais que me apresentaram horizontes mais amplos de compreensão das práticas de saúde. Comecei a entender que a prática clínica não se restringia aos aspectos científicos da medicina. Existia uma influência das particularidades, da intuição, da subjetividade. Porém, eu ainda não possuía instrumentos cognitivos para apreciar essas nuances de maneira clara.

Ficam na minha memória as sessões anatomoclínicas, então presididas pelo Prof. Luiz Otávio Savassi Rocha, que levavam o raciocínio clínico às últimas consequências, mas também abriam espaço à reflexão humanística. Tratava-se de sessões mensais de discussão de casos de evolução fatal que foram posteriormente estudados por necrópsia. Em geral, havia uma apresentação da história clínica — feita pelos médicos assistentes —, uma apresentação da necrópsia — feita pela equipe de Patologia — e uma fala de fechamento — feita pelo Prof. Savassi. Os médicos assistentes frequentemente expunham suas fragilidades pessoais, eventuais insuficiências e erros, além de suas visões críticas acerca das limitações da medicina. A fala de fechamento sempre transitava pela história, pela antropologia, pela filosofia e pelas artes. Durante as sessões às quais pude assistir, testemunhei falas brilhantes e pude despertar para um entendimento de que as doenças poderiam também ser estudadas e compreendidas à luz da subjetividade e dos aspectos humanísticos. No entanto, tudo isso ainda me parecia fruto do brilhantismo e da erudição de determinados professores, mas não algo acessível a mim. Gostava daquilo, mas não fazia ideia de como chegar até ali.

Durante a residência de Clínica Médica, entre 2016 a 2018, no Hospital Governador Israel Pinheiro, aprendi com profissionais dotados de admirável capacidade reflexiva, com destaque ao Dr. Fernando Resende Pompeu (*in memoriam*), dono de culturas médica e filosófica invejáveis. Durante o tempo que convivi com o Dr. Pompeu falamos, sim, muito sobre medicina, mas os seus posicionamentos médicos sempre estiveram atrelados a algo mais. Era um educador freireano, exigente, rigoroso e apaixonado pelo que fazia. No convívio pessoal, na "sala dos médicos", era comum vê-lo em discussões diversas com os colegas fazendo questionamentos socráticos e levando os interlocutores a um constrangimento típico daqueles vistos nos diálogos de Platão. Frequentemente citava com propriedade algum trecho de obra literária, falava sobre concepções filosóficas contemporâneas da felicidade ou discutia aspectos de filósofos que, àquela época, eu sequer sabia terem existido, como Wittgenstein. Esse convívio me mostrou que todo aquele conhecimento e visão de mundo não vinham de leituras fortuitas de frases e aforismas, mas do estudo sistemático das humanidades.

Alguns anos mais tarde, após todas essas influências, decidi aprender filosofia como forma de enriquecer minha visão de mundo e capacidade de pensar. Concluí em 2023 a minha graduação em Filosofia pela Universidade do Sul de Santa Catarina e, embora nunca tenha estudado filosofia da medicina, a cada nova disciplina eu via maior conexão entre os assuntos estudados e a realidade da minha prática médica. Ética, ontologia, epistemologia, estética, política… nada foi mera teoria. Percebi que muito do que eu pensava, falava ou fazia veio da reflexão filosófica feita no passado e se incorporou fortemente à vida das pessoas comuns como eu. Entendi o quão importante e viva é a filosofia. Vi que a filosofia vai do ordinário às fronteiras do saber humano e é capaz de desafiar ambos com igual força.

Já no mestrado, tive a vontade de pensar uma forma de "passar isso para frente". Ensinar de forma mais explícita o que eu demorei a aprender. A filosofia, para mim, é um provável contribuinte para a formação de médicos que possam pensar melhor, que possam enxergar além e que possam fazer mais.

1 INTRODUÇÃO

Já é antiga a discussão acerca da natureza do saber médico e da prática médica. Situa-se a medicina entre dois polos que a apreendem apenas parcialmente: o polo dos saberes científicos — ou ciência empírica — e o polo das artes práticas — ou saberes práticos. De acordo com Zalewski (1999), na passagem do século XIX para o século XX o *status* epistemológico do saber médico pendeu fortemente para o lado científico. Porém, tem-se apontado que uma abordagem tecnocientífica unidimensional é incapaz de capturar aqueles aspectos do mundo real que não podem ser pesados ou medidos (Ibidem). Segundo Ghinea (2019), há complexidades que se fazem presentes na prática diária e que não se encaixam nas evidências já estabelecidas. Destaca-se que "as questões morais se apresentam de imediato como questões cuja solução não pode esperar por provas sensíveis" (JAMES apud GHINEA, 2019, p. 478, tradução nossa). Ghinea ainda aponta que os fatos empíricos não são respostas definitivas, mas uma base para tomada de decisão, sendo que os médicos têm papel de críticos, intérpretes e juízes nesse processo. Portanto, ao se pretender ancorar prática médica em solo estritamente empírico, criam-se lacunas e inconsistências de sustentação dessa mesma prática que se pretendia sólida. Segundo Spike (1991), pelo fato de a medicina recorrer com muito mais frequência às ciências naturais para resolver seus problemas, a falta de formação filosófica deixa os médicos vulneráveis às inconsistências dos pressupostos que sustentam suas práticas.

Os avanços da técnica — tanto da medicina quanto de condições sanitárias — trouxeram impactos inegáveis, como se observa pelo aumento da expectativa de vida no Brasil, passando de 45 anos, na década de 1940, para 76 anos em 2018 (IBGE, 2019). Tais avanços não corresponderam, necessariamente, a uma maior satisfação dos pacientes, sendo possível que os médicos não atendam aos verdadeiros anseios daqueles (NOVA CRUZ, 2009). Em levantamento realizado por Main *et al* (2002), demonstrou-se que as expectativas dos pacientes em relação aos médicos do futuro eram: (i) que se mantivessem atualizados, (ii) que tivessem foco preventivo, (iii) que entendessem o papel da medicina alternativa/complementar no cuidado da "pessoa inteira" e (iv) que entendessem e conhecessem os limites e as fronteiras da medicina geral e de sua especialidade. Percebe-se o anseio por um profissional dotado de habilidades técnicas e, também, competências atitudinais e críticas, conforme os itens iii e iv. Dentre as competências esperadas do médico, encontram-se ainda aquelas ligadas à ética, um campo em constante evolução, que não

comporta mais um único modelo paternalista e abre espaço para modelos centrados na decisão compartilhada, o que exige do médico sensibilidade aliada à técnica (BRANDÃO, 2013). Espera-se do médico, portanto, que pense — e pratique — a medicina com visão ampla, crítica e ética. A filosofia é apontada como formadora desse pensar crítico sobre as disciplinas em geral, e é elemento essencial da investigação ética (LIPMAN, 1990).

Existem preocupações com o declínio da competência moral e da empatia dos novos médicos. Uma análise realizada com estudantes de medicina de uma universidade privada de Minas Gerais, do primeiro ao último período, mostrou escores baixos de competência moral em todos os momentos do curso, sem observar qualquer melhora ao se comparar os calouros com os formandos (CASTRO, 2019). Tais resultados foram inferiores ao de estudos realizados em outros estados do Brasil e ainda piores se comparados a estudos internacionais (Ibidem). Foi demonstrado, num estudo americano, queda da empatia dos estudantes ao longo do curso médico (CHEN, 2007). Os achados de um estudo multicêntrico brasileiro apontam para estagnação dos escores de empatia ao longo da graduação médica (PARO, 2013). Esses achados mostram que o curso de medicina pode não estar cumprindo seu papel de desenvolver a empatia e a competência moral dos estudantes. Em resposta a esse problema, tem-se adotado diversas estratégias para a retomada do ensino de humanidades — *lato sensu* — nas escolas médicas, variando de disciplinas e cursos a atividades práticas em grupo, com objetivo de abordagem dos aspectos sociais, históricos, antropológicos, artísticos e filosóficos da prática médica (AMORE FILHO *et al*, 2018). Castro (2019) sugere a formalização do ensino formal da ética como possível solução ao problema da baixa competência moral dos estudantes. Já Paro (2013) critica que o desenvolvimento dessas habilidades se restrinja a momentos isolados no curso médico, geralmente relacionados às disciplinas de humanidades. Não há consenso sobre quais habilidades e competências a filosofia se encarregará de desenvolver, nem há um exame sistemático do seu papel na formação dessas qualidades.

Outra discussão que merece atenção diz respeito às definições disponíveis de saúde e doença e as implicações dessas definições. Como nos indica Safatle (2011, p. 14), trata-se de “um problema vinculado à maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito”. Essa busca pela conceituação de fenômenos vivenciados tem implicações que transcendem o campo teórico. Entender a relação entre saúde e doença implica na forma como se avaliará o indivíduo; sobre quem recairá a responsabilidade pela saúde do indivíduo; a forma como se utilizarão os recursos de saúde e qual será a importância da medicina social e

preventiva (BIRCHER, 2005). Zalewski (2001, p. 162) relembra o termo utilizado por Ivan Illich, ao tratar os excessos do modelo biomédico de saúde, como sendo “medicalização da vida”. Essa medicalização da vida pode derivar de uma incompreensão das fronteiras entre o normal e o patológico. Embora seja assunto de grande interesse dos médicos, essa discussão foi tratada fundamentalmente por filósofos e, surpreendentemente, pouco por médicos (BIRCHER, 2005, p. 339). Os resultados da exploração dessa questão por pensadores versados nas duas áreas parecem ser promissores. Safatle (2011) aponta que a dupla formação de Georges Canguilhem — médico e filósofo — o permitiu produzir importantes contribuições para a questão, por exemplo. É possível confrontar, ainda, as definições ditas técnicas de saúde e doença com a visão dos pacientes, como já feito anteriormente por grandes estudos empíricos (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002), o que abre horizontes para novas reflexões e para o desenvolvimento da temática.

A questão das inteligências artificiais (IA) tomou grandes proporções nos últimos anos. Além das discussões concernentes à sua aplicação na saúde, discutem-se seus aspectos éticos e o papel do estado em sua regulamentação (STARK, 2023). A ponto ético do uso da IA ainda será campo de fartos debates, motivo pelo qual a Unesco (2021, p. 36) recomenda que sejam feitas pesquisas multidisciplinares — incluindo filosóficas — para promoção de avanços no tema. No campo da educação médica, considera-se inevitável a incorporação da IA, sendo apontada a necessidade do entendimento das suas capacidades e seus limites pelos alunos (COOPER e RODMAN, 2023) — limites estes que podem ser explorados também sob uma visão epistemológica.

Posto esse contexto, a filosofia aparece como um elemento de potencial contribuição para a melhoria da formação humanística, além de contribuir para o entendimento acerca do lado racional e científico da medicina (ZALEWSKI, 1999). Nem sempre a filosofia esteve distante da medicina, sendo que muitos médicos do passado foram também filósofos. Convém rever os aspectos históricos do pensamento médico para entender o aparente afastamento entre esses dois saberes.

1.1 Breve história da relação entre Medicina e Filosofia

Surgem na Grécia os primeiros registros de uma medicina baseada em questionamentos, argumentações e discussões especulativas. O *Corpus Hippocraticum*, um conjunto de 60

textos atribuídos a Hipócrates (460-370 a.C), se caracterizava pelo exame sistemático dos sintomas, receptividade a ideias de todas as fontes e busca pela causa das doenças, representada pela teoria dos quatro humores. Hipócrates estabelece, ainda, um código de ética. Galeno (129-216 d.C) foi um médico formado por bases hipocráticas, influenciado por Platão e Aristóteles, que sintetizou a medicina da sua época e criou um sistema próprio. Suas ideias foram utilizadas de maneira dogmática pelos próximos 1500 anos. O árabe Avicena (980-1037 d.C) sistematizou as ideias de Galeno e escreveu o *Cânone da Medicina*, que serviu de referência nos cursos de medicina entre 1200 e 1600 (CRUSE, 1998). É possível dizer que a medicina da antiguidade se fundou sob a mesma racionalidade que deu origem à filosofia — a busca pela natureza dos fenômenos, suas causas e explicações.

A partir do Renascimento, ocorre uma revolução do pensamento médico. No começo do século XVI, o suíço Paracelso queima os livros de Avicena e Galeno em praça pública. Em 1543, Andreas Vesalius publica *De Humani Corporis Fabrica*, um marco do estudo da Anatomia. Ainda no século XVI, Ambroise Paré inova no tratamento das feridas de guerra. O filósofo francês René Descartes introduz a concepção mecanicista do corpo humano no século XVII. Já no século XIX, temos inúmeros avanços, por exemplo: na bacteriologia, com Pasteur e Semmelweis; na patologia, com Virchow; na semiologia, com Laennec (CRUSE, 1988). Para Zalewski (1999), a rápida evolução das ciências naturais no século XIX mostrou que quase nenhum método terapêutico prévio se sustentava diante da nova estrutura teórica estabelecida, o que levou a duas reações: de um lado um ceticismo cauteloso, do outro um niilismo terapêutico radical, sendo este último marcado pelo abandono completo das terapêuticas tradicionais. Os avanços subsequentes reforçaram um clima de positivismo cognitivo otimista (ZALEWSKI, 1999). A esse ponto, medicina e filosofia tomam caminhos próprios.

O relatório Flexner, no início do século XX, estabelece os padrões de ensino para as faculdades de medicina nos Estados Unidos (CRUSE, 1998), priorizando aspectos assistenciais e científicos em detrimento do desenvolvimento moral do estudante (CASTRO, 2019). Em 1992, a medicina baseada em evidências (MBE) é anunciada como o novo paradigma epistêmico da prática médica (GHINEA, 2019). É importante destacar que, apesar de as discussões de cunho filosófico acerca da medicina nunca terem deixado de ocorrer — especialmente no campo das éticas e bioética (MCWHIRTER, 2018) e das concepções teóricas de saúde e doença (REISS e ANKENY, 2022) — e ainda que existam pontos de

convergência entre a MBE e determinadas correntes filosóficas, especialmente positivistas, a filosofia não ganhou papel de relevo na educação ou na prática médica do século XX.

Há, porém, indícios de um reconhecimento crescente da necessidade de integrar à formação e prática médicas os elementos da reflexão filosófica. Segundo Veen e Cianciolo (2020) a educação médica passa por "zonas pantanosas" e incertezas, sendo a reflexão filosófica uma importante ferramenta para lidar com as ambiguidades da prática. Para Spike (1991), a formação médica deveria incluir cursos de filosofia embasados por tópicos filosóficos clássicos, como metafísica, epistemologia, ética, filosofia da religião e filosofia da mente, dentre outros. Zalewski (2000) propõe que estudantes de medicina sejam expostos a discussões filosóficas de questões-problema a partir de trechos de textos filosóficos de diferentes visões. Appleby (2007) sugere a possibilidade de discutir, em momentos oportunos, questões éticas, metafísicas — ou ontológicas — e epistemológicas no contexto prático da residência de psiquiatria. Schwartz (2019) indica a necessidade do estudo de problemas filosóficos em psiquiatria, como a definição de doença, o problema mente-corpo e o problema do livre arbítrio.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realiza, desde 2010, edições do Congresso Brasileiro de Humanidades Médicas, dedicadas à discussão das humanidades — dentre elas a filosofia — na educação e prática médicas. Em sua VII edição, em 2019, o congresso publicou a Declaração de São Paulo (CFM, 2019), que recomenda, no seu artigo quinto, que as humanidades colaborem, por meio de práticas vivenciais e discussões teóricas, com a melhoria da relação médico-paciente, deteriorada pelo ensino reducionista e exclusivamente técnico. Já em sua edição de 2023, o CFM publica a Carta de Brasília (CFM, 2023), que defende a prática e o ensino lastreados em humanidades, destacando seu papel diante da difusão das inteligências artificiais:

> Art. 2º: A inteligência artificial, última e inquietante expressão da evolução do mundo digital, apenas reproduz limitações do paradigma da revolução científica ocidental que teve início no Século XVII. Separando o ego cogitans da res extensa, em nome da objetividade cartesiana, perpetua-se a ilusão da possibilidade de compreensão do Todo por meio da análise hiperespecializada das partes, frequentemente reduzidas à condição de pacotes de informações. Porém, as Humanidades Médicas, por suas características, têm o potencial de superar essa fragmentação epistemológica ao abordarem a compreensão integral do ser humano em sua complexidade, como corpo, alma, ser social, ser ecológico e ser espiritual. (CFM, 2023, p. 1)

Embora não sejam direcionados especificamente à filosofia, esses eventos e declarações apontam para um anseio e uma necessidade da retomada explícita de dimensões da reflexão

médica tidas como deficitárias nos dias atuais. A própria linguagem filosófica do documento sinaliza que a filosofia se encontra representada entre as humanidades médicas que precisam ser revisitadas.

A filosofia também parece pavimentar seu caminho em direção à medicina. A *Stanford Encyclopedia of Philosophy,* publicação digital dedicada à filosofia, edita, desde 2016, um verbete dedicado à "Filosofia da Medicina" e afirma se tratar de um campo argumentavelmente bem estabelecido, com publicações e questões próprias (REISS e ANKENY, 2022). No campo editorial, a título de ilustração, destaca-se a série *Philosophy and Medicine*, publicada pela editora Springer, desde 1975, dedicada à filosofia da medicina e à bioética, contando atualmente com mais de 125 volumes (PHILOSOPHY, [s.d.]).

1.2 Algumas propostas curriculares de educação filosófica para médicos em formação

As propostas curriculares de ensino de filosofia para médicos em formação ainda são timidamente presentes na literatura técnica dos últimos 30 anos. Kopelman (1995) trata da filosofia na educação médica e aponta uma lista de tópicos em ética médica — ou bioética — como norte curricular, e sugere que essas questões sejam utilizadas no desenvolvimento de competências e habilidades, sendo elas: (i) identificação e avaliação de pressupostos, (ii) ampliação de perspectivas e autoconhecimento, (iii) desenvolvimento de pensamento crítico, (iv) promoção de tolerância e combate ao dogmatismo e (v) desenvolvimento de empatia. O autor aborda as questões a partir de casos-problema, sugere bibliografia básica — com breves comentários sobre cada obra —, mas não propõe claramente uma metodologia de ensino.

Rudnick (2004) apresentou a experiência de um curso introdutório de filosofia da medicina para graduandos na Universidade de Tel Aviv. O foco do curso foi em tópicos de ontologia da medicina e epistemologia da medicina. Não foi exigido conhecimento filosófico prévio dos alunos e a avaliação final do curso foi baseada num artigo filosófico escrito por eles. O formato do curso foi de aulas tradicionais, havendo indicação de leitura prévia de textos que o autor denominou "canônicos" e "não técnicos" (RUDNICK, 2004, p. 54). Ao final do curso, a maioria dos alunos conseguiu escrever um artigo bem avaliado, no entanto, a satisfação dos estudantes com o curso foi baixa — mediana de 2,3 numa escala de 1 a 4.

Wells (2002) publicou um estudo experimental envolvendo uma abordagem filosófica de ensino de psiquiatria da infância e da adolescência para residentes da *Mayo Clinic*. O objetivo do curso foi tratar os tópicos em psiquiatria sob uma visão filosófica: (i) aspectos éticos, (ii) aspectos estéticos, (iii) aspectos políticos, (iv) aspectos lógicos — argumentativos —, (v) aspectos ontológicos e (vi) aspectos epistemológicos. Dessa forma, ao discutir, por exemplo, transtorno de déficit de atenção, os principais tópicos do conhecimento acerca do tema — diagnóstico, tratamento, epidemiologia, fisiopatologia etc — seriam apreciados criticamente sob os aspectos mencionados. Após a conclusão do curso, os alunos submetidos a essa abordagem (n = 3) se saíram melhor do que os respectivos controles no *Cornell Critical Thinking Test – Level Z*.

Aftab, Ghaemi e Stagno (2017) descreveram um curso de filosofia da psiquiatria para médicos residentes. O objetivo do curso foi apresentar os tópicos mais importantes da área através de duas aulas mandatórias — conceito de doença mental e a natureza da doença mental —, e quatro eletivas. Os autores explicitaram as referências bibliográficas adotadas no curso e descreveram o formato das aulas. As aulas mandatórias foram compostas de uma exposição seguida por discussão, na qual os residentes eram instigados a debater sobre questões-problema. As aulas eletivas se dividiram em 30 minutos de leitura — textos selecionados — e 1 hora de discussão. A recepção do curso foi boa e a maioria dos estudantes considerou que o curso lhes despertou atenção sobre questões filosóficas e conceituais sobre as quais eles não estavam atentos anteriormente.

Ayres et al. (2013) apresentaram a experiência de uma disciplina de humanidades médicas — englobando história, filosofia, sociologia, antropologia e psicologia — ministrada a acadêmicos de medicina do primeiro ano da Universidade de São Paulo. A disciplina constituía-se por módulos de cada uma das áreas das humanidades, contando com uma aula tradicional para grande grupo seguida por atividade em pequenos grupos envolvendo metodologias ativas. O módulo de filosofia tratou de temas ontológicos, epistemológicos e, em certa medida, éticos, aplicados a problemas da prática médica. Houve boa aceitação e aproveitamento dos alunos, destacando-se os momentos de uso de metodologias ativas — especialmente aquelas que se valeram de recursos audiovisuais ou experiências práticas.

Bercovitch e Long (2009) relataram a experiência da construção de um currículo em ética para residentes de dermatologia da Universidade Brown. A proposta possuía fins práticos,

com foco nos aspectos bioéticos e legais, mas aparentemente desancorados de uma discussão filosófica explícita. Os autores apontaram aspectos chave da elaboração curricular: (i) reservar tempo dedicado à discussão, (ii) conferir aspecto informal às reuniões, (iii) construir uma experiência de aprendizado, (iv) conferir relevância, (v) não julgar os alunos, (vi) encorajar abertura e honestidade, (vii) evitar juízos de certo e errado e (viii) trazer profissionais especialistas quando necessário. A proposta de Bercovitch e Long aponta uma série de metodologias possíveis, como discussões de caso, discussões teóricas e minicursos. Os autores apresentaram uma ampla lista de assuntos trabalhados ao longo dos anos — de 2001 a 2009 —, todos de caráter prático aplicado.

Goldie (2000) apresentou uma revisão com recomendações gerais para o ensino de ética na graduação médica no Reino Unido. Apesar de citar, como objetivo curricular, "Equipar os médicos com fundamentos filosóficos, sociais e conhecimento legal" (GOLDIE, 2000, p. 109, tradução nossa), o foco do currículo foram as habilidades e competências necessárias à atuação. O currículo proposto é centrado no estudante, baseado em problemas, longitudinal e adaptável aos diferentes ambientes de prática. As estratégias de ensino propostas vão das aulas tradicionais às estratégias ativas, simulações, discussões em grandes ou pequenos grupos. O autor aponta que a avaliação do estudante deve ter foco nas dimensões cognitivas e atitudinais., havendo uma forte inclinação dessa proposta em direção à bioética aplicada, sendo os aspectos filosóficos apenas brevemente mencionados.

1.3 O ensino de filosofia no Brasil

Para pensar a inserção da filosofia na educação médica brasileira, é preciso entender um pouco do contexto da educação filosófica no Brasil, que se deu através de um processo político, histórico e social conturbado durante as últimas seis décadas. O governo de João Goulart promulgou a Lei nº 4.024/61, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que trazia o ensino da filosofia predominantemente como disciplina optativa (MARCHELLI, 2014). Embora não tenha agradado a massa dos educadores brasileiros, a LDB de 1961 se deu num contexto que possibilitou amplos debates com a sociedade civil (Ibidem). Tais debates foram inviabilizados pelo Golpe Militar de 1964 (COSTA e SUBTIL, 2016). A partir do Decreto-Lei 869/69, foram introduzidas as disciplinas Educação Moral e Cívica e Organização Social e Política Brasileira como obrigatórias, até que, com a Lei nº 5.692/71, a filosofia foi inteiramente excluída do currículo e substituída por essas novas

disciplinas dentro de um currículo com forte caráter tecnicista (Ibidem). Tais mudanças não escaparam das críticas da sociedade civil, feitas por meio de debates fomentados pelos movimentos sociais contra o modelo tecnicista de ensino e em defesa do ensino de humanidades. O debate civil sobre a educação foi rechaçado pela Ditadura Militar por meio de perseguição política a estudantes e docentes, como ocorreu, por exemplo, a vários professores do Departamento de Filosofia da Universidade de São Paulo (USP), de onde foram demitidos ou levados a aposentadoria sem justificativa, tendo ainda seus direitos políticos cassados (Ibidem). Com o enfraquecimento do regime ditatorial, foi sancionada a Lei de Anistia em 1979 e abriu-se caminho para a redemocratização do país. Surgiram, com a Lei nº 7.044/82, "novos horizontes ao ensino de filosofia e à educação" (Ibidem, p. 38), estabelecendo-se a possibilidade de ensinar filosofia na chamada parte diversificada do currículo.

Apenas com a promulgação da Lei nº 9.394/96, a terceira LDB, determinou-se explicitamente o ensino de filosofia no currículo por meio da afirmação de que, ao final do ensino médio, o estudante deveria "dominar os conhecimentos de filosofia e de sociologia necessários ao exercício da cidadania" (BRASIL, 1996). Apesar do avanço representado pela referida lei, a filosofia seria abordada, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio de 1998, por meio de temas transversais inseridos em outras disciplinas, sem constituir uma disciplina específica (FÁVERO *et al*., 2004). O trabalho de Fávero *et al*. (2004) levantou as características do ensino de filosofia no Brasil daquele momento, sobretudo no ensino médio, constatando que os currículos eram muito heterogêneos nas diversas regiões do país. O espectro foi de estados que ofertavam a disciplina de forma obrigatória em toda a rede por mais de um ano do ensino médio, passando pela oferta obrigatória em apenas um ano, seguido pela oferta opcional e, por fim, aqueles que inseriam a filosofia apenas como temas transversais. O mesmo trabalho ainda apontou que o ensino era realizado predominantemente por professores sem formação específica em filosofia. Com relação ao ensino em outros níveis, os autores relataram iniciativas de ensino de filosofia para crianças, sob a perspectiva da proposta de Matthew Lipman, sobretudo em escolas particulares. Já no nível superior, a filosofia foi tratada como "matéria comum do 'ciclo básico' da maioria das universidades, isto é, compõe disciplinas que são oferecidas a todos os cursos universitários" (FÁVERO, 2004, p. 268), por meio de disciplinas como Lógica, Introdução à Filosofia ou Metodologia Científica. Fávero *et al.* (2004) ainda descreveram brevemente as metodologias de ensino adotadas, sendo predominante a aula expositiva, centrada em livros didáticos. Foram citadas,

entretanto, iniciativas de utilização de metodologias ativas e dialógicas em todos os níveis de ensino.

Posteriormente, entra em vigor a Lei nº 11.684/08, que altera parte da LDB e diz que "serão incluídas a Filosofia e a Sociologia como disciplinas obrigatórias em todas as séries do ensino médio" (BRASIL, 2008). Nessa época, 17 unidades federativas já ofertavam filosofia na grade do ensino médio por meio de legislação estadual (GONTIJO, 2017). A CAPES, a partir de 2010, passou a incentivar oferta de cursos de pós-graduação para formação de professores de filosofia, nas modalidades *lato sensu* — Especialização em Ensino de Filosofia —, e *stricto sensu* — Mestrado Profissionalizante em Filosofia. No entanto, quase 10 anos após a Lei nº 11.684/08, o quadro de docentes de filosofia do ensino médio era composto por apenas 21,2 % de licenciados em filosofia (Ibidem). Gontijo (2017) destaca outro avanço, que foi o Programa Nacional do Livro Didático, que havia adquirido, em 2014, mais de 7 milhões de livros de filosofia para distribuição gratuita aos alunos. Cabe citar, também, o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID), de 2007, que insere o graduando de filosofia em ações pedagógicas desde o início do curso (GONTIJO, 2017). Em relação aos currículos, embora o MEC tenha feito orientações por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Médio, os estados não pareceram se preocupar em reproduzir ou adaptar a lista de recomendações à realidade local, persistindo a heterogeneidade de currículos (idem, 2015). Um fato comum aos currículos dos estados foi a adoção quase exclusiva de uma perspectiva filosófica eurocêntrica masculina, sem representação significativa da produção filosófica feminina ou das tradições ameríndias, africanas e orientais (GONTIJO, 2015). Surge, então, um justo debate acerca da descolonização do currículo:

> Descolonizar o currículo implica que tenhamos de estabelecer com ele e através dele a busca de um diálogo. Diálogos com outras experiências, culturas, pensamentos. Talvez a busca experimental pela relação com as vozes africanas e indígenas determinadas pela própria lei que rege a educação brasileira seja um bom começo. Temos de experimentar a construção de nossas próprias vozes impedindo que, no movimento de internalização do histórico da colonialidade, sejamos sempre, e cada vez mais, apenas vetores de sua manutenção. (FLOR DO NASCIMENTO; BOTELHO, 2010, p. 86)

O mais recente movimento legislativo que afeta o ensino de filosofia no Brasil é a reforma do ensino médio, ou Novo Ensino Médio (NEM). Sobre esse ponto, Lindberg nos diz:

> Entretanto, a lei nº 13.415/2017, que instituiu a escola em tempo integral e que ficou conhecida como reforma do ensino médio, caracteriza a Filosofia como estudos e práticas, caracterização que foi reforçada pela BNCC/EM e DCNEM,

> documentos aprovados no final de 2018. Nesse sentido, o ensino da Filosofia volta ao patamar de 20 anos atrás, momento que coincide com a aprovação da última Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB), que afirmava que o estudante precisava ter noções fundamentais de Filosofia para o exercício da cidadania após concluir o ensino médio. (LINDBERG, 2019, n.p.)

As críticas a essa reforma estão, sobretudo, no fato de que não há previsão da filosofia enquanto disciplina, dotada de seus métodos próprios e particularidades, havendo uma visão instrumental, voltada à aquisição de habilidades e competências específicas determinadas nas bases curriculares. Questiona-se, pois, a possibilidade de que o ensino de filosofia perca sua potencialidade de formação de pensadores autônomos e passe a criar meros reprodutores de procedimentos cognitivos. Cabe citar a crítica de Lindberg:

> Outro aspecto, este mais conceitual, diz respeito ao significado dos termos habilidades e competências. Noção bastante difundida nos anos 90, mais precisamente após a publicação do relatório Jacques Delors, habilidades e competências dizem respeito à concepção pedagógica denominada de neotecnicista, compreendida como aquela que capacita os estudantes, única e exclusivamente, ao manuseio dos conhecimentos que lhes são dados. Nesse sentido, o caráter crítico e criativo que a educação pode permitir aos indivíduos é totalmente podado, tornando-os apenas em sujeitos que operam funções previamente determinadas por outrem. (LINDBERG, 2019, n.p.)

Contudo, os efeitos práticos do NEM ainda estão se desenhando. Até o momento, a filosofia segue como disciplina nos 26 estados mais Distrito Federal, mas há levantamento que mostra redução da carga horária em 15 estados (LINDBERG, 2023). Há expectativas, por parte da comunidade acadêmica filosófica, de que, nesta gestão do governo Lula, o NEM possa ser reformulado (LINDBERG, 2023). No entanto, os debates seguem acalorados e o futuro do NEM permanece em aberto.

Por fim, citaremos o trabalho que tem sido realizado pela Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia (ANPOF), que tem promovido valiosos debates na área da educação básica em filosofia. A ANPOF, fundada em 1983 (ANPOF, [s.d.]), participou ativamente de todo processo de reformas educacionais do ensino da filosofia no país e, hoje, concentra também parte significativa da produção filosófica nacional, diversos grupos de trabalho, extensa lista de eventos e inúmeras iniciativas de divulgação filosófica popular ou técnica pelas mídias digitais. Ações centralizadas em nível nacional acrescentam força ao debate e têm potencial de contribuir para a solidificação do ensino de filosofia no Brasil, que, por ser reflexo do cenário político nacional, tem caminhado de maneira errática ao longo das últimas décadas.

1.4 Considerações metodológicas acerca do ensino de filosofia

O processo de aprendizagem de filosofia traz a particularidade de se confundir com o fazer filosófico: "O movimento do filosofar é o mesmo movimento do aprender, a contínua passagem de um não saber ao saber" (GALLO, 2012, p. 48). Isso significa que não há aprendizado de filosofia sem o filosofar concomitante, de sorte que "Aprender filosofia, assim, só pode ser o aprendizado do próprio exercício de filosofar" (Ibidem, p. 48). É, portanto, necessário que se estabeleça uma metodologia de ensino-aprendizagem que contemple o filosofar como parte preponderante do processo educacional. Vila e Farias Júnior (2020) indicam que as discussões pedagógicas acerca do ensino de filosofia têm acompanhado o debate dos demais campos do ensino e vêm incorporando, ainda que de forma incipiente, o uso de metodologias ativas, que instituem o aprendizado focado no aluno, o professor como mediador do processo, o predomínio da integração de conteúdos e a utilização de conhecimentos prévios ou contextos reais.

O ensino de filosofia foi praticado, até então, sob três abordagens principais: (i) a abordagem histórica, (ii) a abordagem temática e (iii) a abordagem problemática (GALLO, 2012). A primeira é a mais antiga e se baseia no estudo cronológico dos textos filosóficos originais; a segunda é alternativa à primeira e trata dos grandes temas da filosofia de maneira mais contextualizada, se aproximando mais das metodologias ativas; e a última parte do pressuposto que o fazer filosófico é sempre produzido a partir de problemas, sendo o aluno exposto aos problemas como estímulo à discussão filosófica (VILA e FARIAS JÚNIOR, 2020). A abordagem problemática se torna particularmente atrativa porque possibilita o exercício do filosofar e um aprendizado ativo. Essa abordagem é defendida por Gallo (2012) e será detalhada a seguir.

Gallo (2012, p. 54) toma emprestada a ideia de Gilles Deleuze e Félix Guattari de que a filosofia é caracterizada pela radicalidade, dialogicidade, mas que sua especificidade está na criação de conceitos. Sua ideia de aula de filosofia se caracteriza, então, como uma "oficina de conceitos" (Ibidem, p. 57), passando, necessariamente, pelo conceito e pelo problema. O autor propõe quatro passos em sua metodologia (Ibidem, p. 96): (i) sensibilização, (ii) problematização, (iii) investigação e (iv) conceituação. A etapa de **sensibilização** consiste em chamar a atenção para o tema de trabalho, criando empatia com ele, de modo que os

estudantes possam vivenciar o problema filosófico a partir de um elemento não filosófico — como uma música, um poema, um quadro, um filme ou mesmo uma história em quadrinhos. A etapa da **problematização** é o momento de transformar o tema em problema, suscitando o desejo por uma solução. Nele, problematiza-se a questão por diferentes perspectivas, sendo que quanto mais rica for a problematização, mais intensa será a busca por conceitos na tentativa de resolver o problema. A fase de **investigação** se caracteriza pela busca de conceitos ao longo da história da filosofia, que possam dar conta do problema em análise. Por fim, a fase de **conceituação**, que corresponde ao momento de recriar os conceitos encontrados à luz do problema em discussão, ou mesmo organizar novos conceitos. Os conceitos presentes na história da filosofia servirão de matéria-prima para a atividade de criação.

Tratando-se do uso de metodologias ativas para o ensino de filosofia, convém mencionar a obra de Matthew Lipman. Mais conhecido por sua proposta de ensino de filosofia para crianças, sua obra abrange toda a educação básica e não há motivos para crer que os princípios não se apliquem, em certo grau, ao ensino superior — sobretudo em cursos que não o de Filosofia. O autor defende o papel da filosofia na formação de indivíduos capazes de pensar melhor: "A filosofia e o pensar — ou, talvez, a filosofia e a busca pelo pensar melhor – andam de mãos dadas" (LIPMAN, 1990, p. 175). O "pensar melhor" de Lipman é traduzido pela racionalidade e pela capacidade de pensar filosoficamente toda e qualquer disciplina. Ele nos afirma que

> O que a filosofia oferece é a familiarização com o processo de raciocínio, a sua escrupulosa abordagem da análise conceitual e seu próprio comprometimento na investigação cognitiva autocorretiva. Além disso, a filosofia fornece uma insistência no desenvolvimento de uma posição crítica, no exame do problemático e do estabelecido e na racionalidade do argumento, explicação e diálogo. (LIPMAN, 1990, p. 165)

O ensino de filosofia, para Lipman, é uma escola do pensamento melhorado, que envolve o trabalho de três habilidades — ou competências — cognitivas principais: (i) raciocínio, (ii) investigação e (iii) formação de conceitos e tradução (LIPMAN, 1990, p. 164). A **habilidade de raciocínio** envolve classificar, definir, formular questões, exemplificar, comparar, construir, contrastar, induzir e deduzir (Ibidem, p. 99). A **habilidade de investigação** é a capacidade de descrever, explanar, formular hipóteses, ler, escrever — habilidades que operam em conjunto com as habilidades de raciocínio (Ibidem, p. 100). Já a **habilidade de formação de conceitos e tradução** é a mobilização de processos de raciocínio para convergir

e identificar questões conceituais particulares, além de traduzir os conceitos de uma linguagem para outra (Ibidem, p. 100), como da filosofia para a linguagem falada.

O autor ainda descreve algumas "habilidades incipientes" — ou "infra-habilidades" —, que formam condições cognitivas para a emergência de habilidades de pensamento (LIPMAN, 1990, p. 100). Cabe destacar o que ele chama de "atos metacognitivos":

> Sabemos que a investigação é recursiva, monitorando a si mesma, constantemente para o propósito de autocorreção. Tendemos a esquecer que o mesmo é verdade, embora menos sistematicamente, com referência ao pensamento. Nós pensamos, em geral, sobre nosso próprio pensamento, refletimos sobre nossas próprias reflexões e fazemos inferências sobre nossas próprias inferências. Mas sempre que um ato mental é o sujeito de outro, este último é metacognitivo. (LIPMAN, 1990, p. 101)

Para trabalhar essas habilidades, Lipman propõe a transformação da sala de aula em comunidades de investigação. Esse conceito, central na obra do autor, corresponde a uma estratégia de ensino ativo meticulosamente elaborada que, dentre outras estratégias, destacam-se: (i) oportunizar ao aluno a prática das habilidades ensinadas, (ii) trabalhar primeiro as habilidades necessárias para os estágios subsequentes, (iii) apresentar conteúdo cognitivamente e emocionalmente estimulantes e (iv) estimular o desenvolvimento da autocorreção por meio da confrontação de perspectivas e do diálogo entre os membros do grupo de alunos — ou comunidade de investigação. Por fim, Lipman aponta o papel do professor nas comunidades de investigação (LIPMAN, 1990, p. 179): "A tarefa do coordenador é manter vivo o interesse causado pela leitura e ajudar a transportá-lo para a discussão, animando-a quando parecer enfraquecida e esforçando-se sempre para gerar diálogo entre aluno-aluno em vez de aluno-professor".

Outro aspecto de relevância maior no que concerne ao ensino-aprendizagem de filosofia é a leitura de textos filosóficos ou, ainda, a leitura filosófica de um texto. O contato com os textos filosóficos originais faz parte da constituição de uma cultura necessária ao aprendizado e aprofundamento em filosofia (FOLSCHEID e WUNENBURGER, 2013). A prática de uma leitura dita filosófica, por sua vez, consiste na apropriação e reconstituição dos elementos argumentativos do texto — seja esse texto filosófico ou não. Nas palavras de Folscheid e Wunenburger (2013, p. 9): "Cumpre adotar a única atitude realmente filosófica: a que consiste em *retomar por nossa própria conta os pensamentos já pensados por outros*." Ou seja, na leitura filosófica, o leitor se junta ao autor na reconstrução dos pensamentos, esforçando-se para pensar por si aquilo que o autor deixou registrado.

A leitura filosófica exige prática, atenção e paciência — em oposição ao fluxo acelerado de informações dos tempos hipermodernos. Severino (2008, p. 14) aponta cinco etapas para a leitura analítica de um texto filosófico: (i) análise textual, (ii) análise temática, (iii) análise interpretativa, (iv) problematização e (v) reelaboração reflexiva. A **análise textual** passa pelo reconhecimento do autor e da obra dentro de um contexto, por uma leitura panorâmica do trecho selecionado e pela identificação de palavras, conceitos, referências a autores e fatos desconhecidos. Convém esclarecer os elementos desconhecidos antes de se prosseguir a uma leitura mais aprofundada, produzindo-se um pequeno glossário. A **análise temática** é a fase de aprofundamento na compreensão da mensagem do autor e seus argumentos, sendo interessante a produção de uma ficha de anotações com os elementos argumentativos principais do texto. A **análise interpretativa** é o momento em que o leitor dialoga com o autor, confronta-o com outros autores e critica suas ideias. Na **problematização**, o leitor levanta questões para reflexão ou discussão. A fase de **reflexão pessoal** é o momento em que o leitor produz suas próprias ideias, provocado e inspirado pelo autor (SEVERINO, 2008).

2 HIPÓTESE DE PESQUISA

A criação de estratégias para discussão de tópicos de filosofia com importância médica pode ajudar alunos de graduação e residentes a ampliar suas habilidades e competências cognitivas e atitudinais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar proposta curricular para ensino de filosofia para estudantes de medicina e médicos residentes.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as necessidades de aprendizagem de filosofia dentro da graduação e residência médica.
- Estabelecer os objetivos de aprendizagem em filosofia no contexto proposto.
- Sugerir estratégias educacionais para discussão dos tópicos selecionados.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

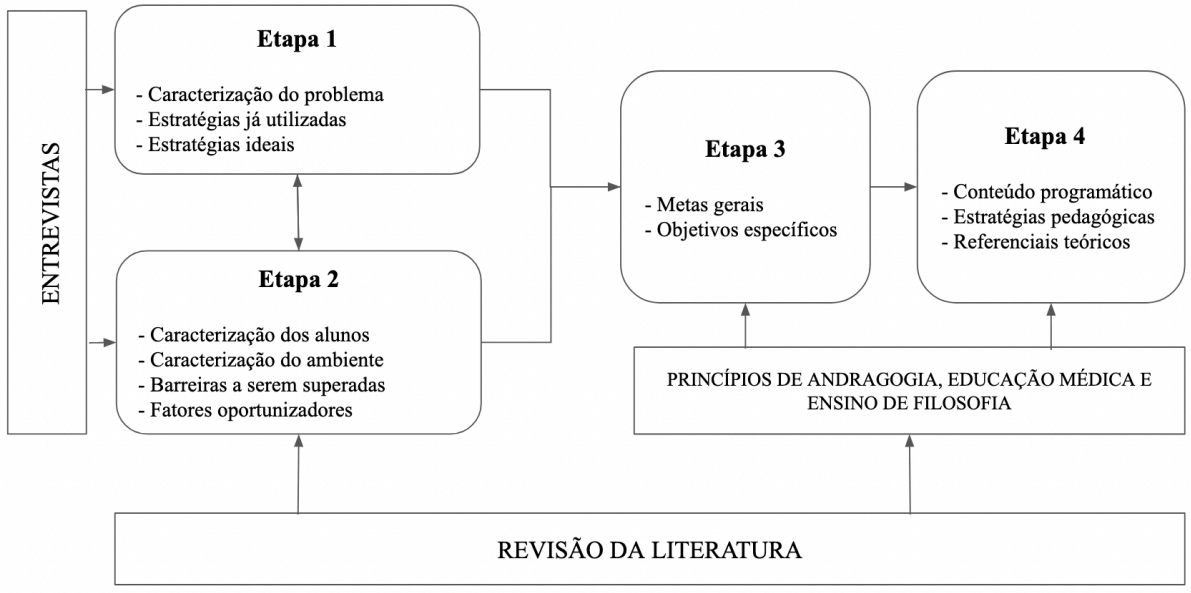
4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório.

4.2 Etapas da elaboração do currículo

Este estudo adotou a abordagem de desenho curricular em seis etapas, descrita por Thomas *et al*. (2016). As etapas originalmente descritas são: (i) definição do problema e avaliação de necessidades gerais, (ii) avaliação de necessidades específicas, (iii) definição de metas e objetivos, (iv) seleção de estratégias educacionais, (v) implementação e (vi) avaliação e *feedback.* As duas últimas etapas, relacionadas à implementação e à avaliação prática do currículo, não foram incluídas devido a limitações de tempo para execução do projeto. As etapas de i a iv foram realizadas de forma contínua e não linear, dado seu caráter de interdependência e complementaridade. Para fundamentação teórica e embasamento da proposta curricular, foram utilizados, de maneira intercomplementar, dados provenientes de fontes primárias — entrevistas — e secundárias — revisão da literatura. O desenho metodológico encontra-se esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – Desenho metodológico



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

4.2.1 Etapa 1: Definição do problema e avaliação de necessidades gerais

Nessa etapa foi caracterizado o problema da inserção da filosofia na educação médica, buscando-se justificar sua relevância e potencialidades, além de identificar seus atuais impactos sobre os profissionais médicos e sobre os pacientes. Também foram identificadas estratégias já utilizadas para enfrentamento do problema, confrontando-as com aquelas que seriam estratégias desejáveis para lidar com a questão.

4.2.2 Etapa 2: Avaliação de necessidades específicas

Nessa etapa foram caracterizados o ambiente de aprendizagem, a população alvo (alunos), as potenciais barreiras a serem superadas e os fatores predisponentes ou facilitadores para o processo educativo — definidos aqui como fatores oportunizadores.

4.2.3 Etapa 3: Definição de metas e objetivos

Thomas *et al*. (2016) definem como metas as pretensões gerais do currículo, sendo caracterizadas por descritores amplos. Os objetivos são definidos como ganhos específicos e mensuráveis que podem afetar um indivíduo, um grupo ou um programa. Os objetivos podem ser centrados no aluno, no processo ou no paciente. Foram estabelecidas três metas gerais e foram definidos quatro ou cinco objetivos de aprendizagem específicos para cada meta.

4.2.4 Etapa 4: Seleção de estratégias educacionais

Foram feitas reuniões entre os pesquisadores para definição de estratégias educacionais. Aproveitou-se da experiência em educação médica de dois dos pesquisadores — autor e orientador — em complemento à experiência do terceiro pesquisador — coorientador — em ensino de filosofia e desenvolvimento de materiais didáticos da área. Levaram-se em conta os princípios de andragogia e metodologias ativas de aprendizagem. Foram sugeridos o conteúdo programático de uma disciplina, referenciais teóricos para discussão e as estratégias pedagógicas de cada aula. A proposta curricular foi pensada de modo a servir de modelo para disciplinas maiores ou, até, de ponto de partida para estratégias sistemáticas e longitudinais de ensino de filosofia — também para valer de referência para discussões em cenários práticos.

4.3 Revisão da literatura

Realizou-se revisão narrativa da literatura com objetivo de responder às perguntas levantadas durante as etapas de elaboração do currículo. A revisão se deu em caráter contínuo, entremeada em todo o processo desta pesquisa, sendo atualizada a cada nova conclusão ou questão emergente da análise das entrevistas. Foram utilizadas as ferramentas de busca do *Pubmed*, ERIC e *Google Scholar* com abrangência dos últimos 30 anos, em línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Para acesso à literatura cinzenta, foi utilizada a ferramenta de busca do *Google*, além de consulta a profissionais da educação médica. Sugestões de publicações de literatura técnica, literatura cinzenta, bem como documentos pessoais cedidos pelos participantes da pesquisa também foram incluídos no *corpus* deste trabalho.

4.4 Entrevistas

As entrevistas são definidas como uma conversa entre dois — entrevista individual — ou mais interlocutores — entrevistas em grupo —, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Os grupos focais consistem em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, de seis a doze integrantes, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de cada indivíduo e da coletividade (Ibidem). Há quem diferencie o conceito de entrevista em grupo, que seria uma interação do entrevistador com cada um dos membros do grupo, do conceito de grupo focal, que seria uma interação do grupo, tendo o entrevistador como facilitador (FRASER e GONDIM, 2004). Enquanto a entrevista grupal capta predominantemente as opiniões isoladas de cada participante, o grupo focal privilegia aquilo que emerge da interação do grupo. Neste trabalho, as entrevistas tiveram um comportamento mais parecido com o de grupo focal, embora no começo das entrevistas tenha sido necessária mais intervenção do pesquisador, até que houvesse "aquecimento" do grupo.

Devido a dificuldades de recrutamento e compatibilidade de horários entre os participantes, foram adotados modelos de entrevista com número intermediário de componentes: os minigrupos focais, com três a cinco participantes (MENARY *et al.*, 2021), e as entrevistas com dupla de participantes, ou diádicas, já descritas em outros trabalhos (MORGAN *et al*., 2013; CUSTÓDIO *et al.*, 2019). Enquanto as entrevistas individuais permitem maior

aprofundamento sobre a opinião de um participante acerca de um tema, as entrevistas em grupo permitem uma exploração transversal e o mapeamento de argumentos e contra-argumentos em relação a um tópico (FRASER e GONDIM, 2004). A presença de ambos os modelos neste trabalho permitiu explorar as vantagens de cada um de maneira complementar, abordando-se questões mais gerais nos grupos e especificidades e aprofundamentos nas entrevistas individuais e diádicas.

As entrevistas realizadas neste estudo seguiram ao modelo semiestruturado, que obedece a um roteiro elaborado pelo pesquisador e assegura a cobertura dos temas a serem abordados (MINAYO, 2014). Tomou-se o cuidado de evitar que o roteiro fosse limitante, por vezes subvertendo a ordem das perguntas, adicionando novas indagações ou mesmo eliminando-as, de acordo com a sensibilidade do entrevistador. Nesses casos, as entrevistas se aproximaram da modalidade de entrevista aberta. Cada entrevista teve foco em um dos seguintes campos da filosofia: ontologia, epistemologia ou ética — escolhido pelo pesquisador de acordo com afinidades ou expertise dos participantes, quando essas eram conhecidas, ou de modo a explorar o campo até então menos saturado. A escolha de se iniciar a entrevista apresentando-se um campo filosófico específico se deu por três razões: (i) parece mais imediato discutir aplicações práticas quando o campo em questão está bem delimitado, (ii) parece mais simples obter exemplos de dilemas práticos referentes a cada um dos campos quando se discute um de cada vez e (iii) a abordagem de um campo filosófico por vez não impede que se caracterizem as generalidades da discussão filosófica quando se analisam as entrevistas em conjunto.

4.4.1 População e amostragem

A população estudada foi de docentes brasileiros. Os indivíduos entrevistados foram selecionados por amostragem deliberada, definida como a escolha de indivíduos que podem trazer informações relevantes sobre o assunto em pauta (TURATO, 2003). O critério de composição do grupo foi o de amostragem por variedade de tipos, que consiste na fixação de um critério de homogeneidade fundamental, que corresponde a uma característica em comum a todos os sujeitos da amostragem (Ibidem), sendo as demais características biopsicossociais as mais variadas possíveis. Para esse trabalho, adotou-se o seguinte critério de homogeneidade fundamental: ser docente da graduação médica ou residência médica e ter

afinidade pela discussão filosófica. A amostra foi considerada suficiente após obtenção de saturação dos dados referentes aos principais tópicos de discussão.

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos docentes de graduação e/ou residência médica, ativos ou não, que atenderam ao critério de homogeneidade fundamental descrito no item 4.4.1. Foram excluídos docentes que não preencheram o TCLE, que não se apresentaram na data da entrevista marcada ou que desistiram da participação no projeto.

4.4.3 Recrutamento

Os indivíduos selecionados para participação foram formalmente convidados por mensagem via e-mail (APÊNDICE D) ou, quando disponível previamente o número de contato, por mensagem individualizada via *WhatsApp*. As mensagens foram enviadas a docentes conhecidos pelos pesquisadores por meio de convivência profissional, contato em eventos acadêmicos ou autoria de publicações na área. Foram também convidados docentes indicados por participantes da pesquisa — amostragem em bola de neve. Houve maior sucesso de recrutamento por via *WhatsApp* e houve maior participação de docentes já conhecidos dos pesquisadores. Os convidados receberam informações introdutórias sobre a pesquisa e sobre os métodos de coleta de dados junto a um *link* da plataforma *Google Forms* para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; APÊNDICE A).

4.4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Antes de iniciar a pesquisa, o participante teve de concordar com o TCLE (APÊNDICE A) conforme preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para concordar, teve que clicar no botão “Li e CONCORDO em participar da pesquisa”. Após seu aceite, o participante recebeu uma cópia digital do TCLE devidamente assinada pelos pesquisadores e foi direcionado para o preenchimento de um formulário com informações sociodemográficas (APÊNDICE B). Em seguida, cada participante escolheu um horário de sua disponibilidade para entrevista. Optou-se por priorizar a realização da entrevista, mesmo que individual, na data mais próxima disponível, visto que a espera excessiva por compatibilidade de horários

entre os participantes levou à perda de potenciais entrevistados. Após confirmação do horário de entrevista, os participantes receberam por e-mail e *WhatsApp* o *link* e as orientações para acessar a videochamada via plataforma *Zoom*. A entrevista foi conduzida pelo pesquisador, inicialmente seguindo o modelo semiestruturado apresentado no APÊNDICE C, com eventuais adaptações mencionadas no item 4.4. As videochamadas foram gravadas, para posterior análise, utilizando-se recurso da própria plataforma *Zoom*. Após o término da coleta dos dados, os arquivos correspondentes foram apagados de todos os servidores de nuvens e foram resguardados em uma unidade de armazenamento externo sem contato com a internet.

4.4.5 Análise dos dados

Utilizou-se o *software Google Sheets* para a análise estatística do questionário sociodemográfico. A variável "idade" foi reportada em termos de valor mínimo, máximo e mediana. As demais variáveis, todas categóricas, foram reportadas em termos de frequência.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2018), que consiste em uma "técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações" (BERELSON apud MINAYO, 2014, p. 304). As etapas envolvidas no processo são: (i) pré-análise, (ii) exploração do material e (iii) interpretação dos resultados (BARDIN, 2018).

A pré-análise consiste na preparação e organização do material coletado (BARDIN, 2018). Primeiramente, os vídeos das entrevistas foram editados, eliminando-se as falas introdutórias e as apresentações dos integrantes, assim como as falas finais não relacionadas ao tema de pesquisa. Em seguida, as entrevistas foram transcritas através da plataforma de transcrição automática *Reshape*, sendo posteriormente revisadas pelo pesquisador. Os participantes foram identificados com o nome "PARTICIPANTE" seguido de um número de 01 a 18, ou de forma abreviada como "P 01" a "P 18". Cada entrevista constituiu um arquivo de texto que foi importado para o *software* de análise de dados qualitativos *ATLAS.ti*. As gravações em vídeo foram guardadas para consultas eventuais sobre dúvidas de termos transcritos, e também do sentido de algumas falas, posto que as posturas, o tom de voz e as expressões corporais dos entrevistados podem ser determinantes nesse aspecto.

A exploração do material consiste na codificação (BARDIN, 2018). A codificação, que significa agregar dados brutos em unidades, pode ser dividida em três etapas: (i) escolha das unidades, (ii) escolha das regras de contagem e (iii) escolha das categorias. A escolha das unidades inclui definir a *unidade de registro* — qual será a menor unidade significativa da análise — e a definição da *unidade de contexto* — qual será o referencial para interpretação da unidade de registro (Ibidem). Os códigos podem ser definidos *a priori*, com base em outras codificações já realizadas, ou *a posteriori*, com respaldo do campo e da teoria (VOSGERAU, POCRIFKA e SIMONIAN, 2016). Para codificação deste trabalho, escolheram-se como unidades de registro os *temas*, definidos como os núcleos de sentido da comunicação (BARDIN, 2018). As perguntas da entrevista foram consideradas como as unidades de contexto. O processo de codificação deste trabalho foi do tipo *a posteriori*, porque não se dispunha de uma grelha de códigos/temas pré-estabelecida na literatura que atendesse ao propósito da pesquisa. Os nomes dos códigos/temas foram elaborados com base na interpretação das afirmações dos entrevistados, sempre que possível relacionando a conceitos disponíveis na literatura. A *regra de enumeração* pode ser definida como a forma de contagem das unidades de registro (Ibidem). A regra de enumeração adotada foi a simples frequência de ocorrência. Por fim, a *categorização* é definida como o agrupamento de unidades de registro sob títulos genéricos de acordo com características comuns dos elementos (Ibidem). Assim como os códigos, as categorias também podem ser *apriorísticas* — definidas com base em conhecimentos e teorias prévios — ou *não apriorísticas* — definidas ao longo da exploração do material (CAMPOS, 2004). Aqui, os códigos/temas foram agrupados em categorias definidas aprioristicamente com base nas principais questões a serem respondidas na análise: (i) caracterização geral do problema, (ii) estratégias já utilizadas no enfrentamento do problema, (iii) estratégias ideais de enfrentamento do problema, (iv) ambiente de aprendizagem, (v) caracterização da população alvo do currículo, (vi) barreiras a serem superadas e (vii) fatores oportunizadores. Os itens de i a iii pertencem à Etapa 1 da elaboração do currículo — avaliação de necessidades gerais. Os itens de iv a vii correspondem à Etapa 2 — avaliação de necessidades específicas (THOMAS *et al*., 2016). Todo o processo de codificação foi feito dentro do *software ATLAS.ti*. Os resultados da exploração serão apresentados em quadros representando cada uma das categorias, com seus respectivos temas, por vezes agrupados em subtemas, exemplos de citação representativas e frequência de ocorrência de cada tema.

A interpretação dos dados é a fase em que são propostas inferências e abrem-se pistas para novas dimensões teóricas (MINAYO, 2014). O *polo de análise* trata de qual dos componentes da comunicação — emissor, receptor, mensagem ou meio — servirá de apoio principal para a interpretação (BARDIN, 2018). Neste trabalho, a interpretação se realizou pelo polo da mensagem, centrada nos temas. Há que se ressaltar que a interpretação dos resultados da análise se deu a partir do lugar de fala do pesquisador, explicitado no prólogo deste trabalho, e também à luz do que há disponível na literatura.

4.4.6 Aspectos éticos

O estudo foi realizado respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFENAS, CAAE: 66098922.6.0000.5143, parecer número 6.062.177. O material coletado nas entrevistas foi de uso exclusivo do pesquisador e equipe, com a única finalidade de fornecer elementos para a realização desta pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. Não houve ônus financeiro nem investimentos de recursos de qualquer natureza por parte dos participantes. O pesquisador assumiu a responsabilidade por todos os investimentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, provendo recursos próprios.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 18 docentes num total de 11 entrevistas, sendo 2 minigrupos focais — com 5 e 4 participantes cada —, 2 entrevistas diádicas e 7 entrevistas individuais. O material gravado, após edição e remoção de trechos não pertinentes, totalizou 7 horas e 45 minutos. As características sociodemográficas da população entrevistada encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Características da população entrevistada

(continua)

			n	%
Idade (em anos)	Mínima	28	-	-
	Máxima	75	-	-
	Mediana	39,5	-	-
Sexo	Feminino		5	27,7
	Masculino		13	72,3
Graduação	Medicina		17	94,4
	Psicologia		1	5,6
Titulação acadêmica	Graduação		3	16,7
	Mestrado		3	16,7
	Doutorado		6	33,3
	Pós-doutorado		1	5,6
	Pós-graduação *lato sensu*		5	27,8
Residência ou especialidade médica	Clínica Médica		6	33,3
	Clínica Médica/Endocrinologia		2	11,1
	Clínica Médica/Acupuntura		1	5,6
	Clínica Médica/Gastro/Hepatologia		1	5,6
	Clínica Médica/Nefrologia		1	5,6
	Clínica Médica/Reumatologia		1	5,6
	Pediatria		1	5,6
	Pediatria/Pneumologia pediátrica		2	11,1
	Neurologia/Neurofisiologia		1	5,6
	Total com residência médica:		**16**	**88,8**
Atividade de docência	Graduação		18	100,0
	Residência médica		14	77,7
	Pós-graduação		7	38,9
	Coordenação de curso ou PRM		9	50,0
Tempo de atuação profissional	Até 10 anos		6	33,3
	11 a 20 anos		5	27,8
	21 a 30 anos		2	11,1
	Maior que 30		5	27,8

(conclusão)

		n	%
Tempo de docência	Até 10 anos	10	56,6
	11 a 20 anos	2	11,1
	21 a 30 anos	2	11,1
	Maior que 30	4	22,2
Estudos sobre filosofia	Estudos independentes	14	77,7
	Cursos livres	3	16,7
	Graduação	0	0
	Pós-graduação	1	5,6
	Nenhum contato	0	0
Estudos sobre outras humanidades	Estudos independentes	8	44,4
	Cursos livres	7	38,9
	Graduação	0	0
	Pós-graduação	1	5,6
	Nenhum contato	2	11,1

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Consideramos a distribuição etária bastante ampla, de 28 a 75 anos, tendo mediana de 39,5 anos. Houve predomínio de docentes com idade menor que 60 anos (n = 14; 77,7 %), caracterizando uma população jovem. Em relação à característica "sexo", houve assimetria muito evidente — 5 mulheres e 13 homens —, o que pode ser explicado pelo tipo de amostragem não randômica, mas também como reflexo do cenário do perfil demográfico dos docentes do ensino superior no Brasil, em que predominam homens brancos (FERREIRA *et al*., 2022). A quase totalidade dos docentes entrevistados foi de médicos (n = 17; 94,4 %), que é explicado pela intenção inicial de se estudarem apenas docentes médicos, incluindo-se posteriormente um informante-chave, também docente do curso de medicina. Em relação à titulação acadêmica, a maioria possuía pós-graduação *stricto sensu* (n = 10; 55,6 %), sendo que o número de pós-graduados se amplia quando consideramos também os títulos de pós-graduação *lato sensu* (n = 15; 83,3 %). Há que se ressaltar que os 3 entrevistados que não declararam pós-graduação acadêmica possuíam residência médica e título de especialista. No que diz respeito à especialidade médica, todos os médicos entrevistados pertenciam a alguma área clínica, com predomínio de áreas relacionadas à Clínica Médica (n = 12; 66,7 %). Isso, mais uma vez, reflete o caráter deliberado da amostra que, por conveniência, acabou por concentrar docentes de áreas afins com a do pesquisador. Ressalta-se que foram enviados convites para secretarias e chefias de departamentos universitários de todas as áreas da formação médica, mas os convites, ora muito impessoais, foram infrutíferos. A maior adesão foi de docentes já conhecidos pelo pesquisador. Todos os docentes já atuaram na graduação médica, a maioria atuou também na residência médica (n = 14; 77,7 %) e um número

significativo já atuou como coordenador de curso ou de PRM (n = 9; 50 %). Isso denota uma população com experiência tanto em cenários mais teóricos quanto em cenários práticos — enquanto docentes —, e na definição e organização de estratégias pedagógicas — enquanto coordenadores. A experiência profissional do grupo foi predominantemente maior do que 10 anos (n = 12; 66,7 %), enquanto a experiência docente foi sobretudo menor do que 10 anos (n = 10, 56,6 %). A mediana de idade de 39,5 anos explica o tempo mais reduzido de docência dos entrevistados, especialmente considerando-se que o egresso médico, no Brasil, procura primeiro a especialização em detrimento da área acadêmica (MAGALHÃES *et al*. 2022). A formação de base dos docentes em filosofia e nas humanidades foi, em primeiro lugar, autônoma (n = 14; 77,7 % e n = 8; 44,4 % , respectivamente). Isso encontra paralelo com a situação da educação filosófica brasileira, onde, mesmo dentre os docentes de filosofia da educação básica, apenas 21,2 % possuem graduação em filosofia (GONTIJO, 2017). Parece que, no Brasil, aprende-se mais filosofia "por conta própria" do que por meios formais. Apesar disso, quando questionados se já haviam ministrado alguma aula que fizesse conexão entre medicina e filosofia, a maioria deu resposta afirmativa (n = 12; 66,7 %). O mesmo ocorreu quando se questionou sobre ministrar aula com interface entre medicina e outras humanidades (n = 11; 61,1 %). Esses achados demonstram o interesse pessoal dos docentes pela área e o interesse em transmitir essas ideias. Por fim, ressalta-se que a representatividade de uma amostra em trabalho qualitativo depende não somente do número e das características sociodemográficas da população estudada, mas da possibilidade de se extrair dela resultados válidos — amplos e aprofundados — sobre o tema em questão (GIACOMINI e COOK, 2000).

5.1 Avaliação de necessidades gerais

A avaliação de necessidades gerais se dividiu em três categorias, como mencionado na seção de métodos: (i) caracterização do problema, (ii) estratégias já utilizadas para enfrentamento do problema e (iii) estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema. A diferença entre as estratégias já utilizadas — ou como o problema vem sendo tratado — e as estratégias ideias — ou como o problema deveria ser tratado — constituiu a síntese da avaliação de necessidades gerais. O resumo de categorias, temas e subtemas da avaliação de necessidades gerais encontra-se no APÊNDICE E.

5.1.1 Caracterização do problema

Foram codificados três temas principais na caracterização do problema (Quadro 1): (i) relevância do problema, (ii) o profissional afetado pelo problema e (iii) o paciente afetado pelo problema. Cada um dos temas se dividiu em subtemas. Ordenamos a análise prioritariamente de acordo com o número de ocorrências de cada tema.

Quadro 1 – Categoria: caracterização do problema

(continua)

Tema	**Subtema**	**Descrição**	**Citação representativa**	**n**	**%**
Relevância do problema	Competências cognitivas	A filosofia tem potencial de formar um profissional mais crítico e reflexivo, com melhor compreensão dos processos do fazer médico e científico	"O estudante tem que estudar filosofia, tem que aprender filosofia, tem que começar a aprender a pensar, que é um processo infinito." (P 10) "Ser formado em uma área que diz ser aplicadora de ciência, em termos de representar coisas que são recomendadas e que são ditas, que são baseadas em evidência, sem essa lógica científica e sem esse raciocínio científico [*referindo-se a epistemologia*] na formação, é como se fosse algo deficitário mesmo, porque as pessoas vão entender o pragmatismo de como acontece, mas fica um vazio, não tem estrutura." (P 11)	17	20,7%
	Competências afetivas	A filosofia tem potencial de ampliar a visão de mundo, enriquecer a forma de se relacionar com o outro	"Se a pessoa consegue ver isso [*referindo-se a discussão do processo saúde/doença*], ele passa a ter uma relação com a doença de outra maneira, ele passa a ter uma relação com a pessoa de outra maneira" (P 09) "você vai dar a ele [*ao estudante*] um acervo de memórias e de conhecimentos que vão permitir que ele passe a ver o mundo de outra maneira" (P 09)	17	
O profissional afetado pelo problema	Falta de senso crítico	Dificuldade de apresentar visão crítica do seu próprio processo de trabalho	"E se esquece também da evolução natural dessas doenças. Assim, você tenta interromper o percurso, vamos dizer, entre aspas, a todo custo." (P 13) "E o médico, hoje, se tornou um sujeito instrumentalizado, ao meu ver, entendeu? Instrumento desse biopoder, de tirar do corpo o máximo possível." (P 12)	14	17,0%

(conclusão)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
O profissional afetado pelo problema	Evitar lidar com dilemas	O médico tem dificuldade de lidar com ambiguidades e situações dilemáticas e passa a evitá-las	"E aí você fica sempre na defensiva, sempre fechado, sempre colocando limites, ao invés de aprofundar aquele processo." (P 02) "Por isso a palavra abismo é muito interessante [*referindo-se às incertezas no mundo*], entendeu? É incômodo. E é isso que nós evitamos, esse incômodo." (P12)	9	10,9%
	Sofrimento mental	A dificuldade de lidar com questões complexas leva a sofrimento mental	"Então, uma formação muito focada só nesses aspectos objetivos cria muita ansiedade, cria muita ineficiência, porque não prepara para esses cenários reais" (P 02)	7	8,5%
	Comportamento antiético	Profissionais com falta de conhecimento ético e atitudes antiéticas	"Pessoas com falta de noção grosseira de ética mesmo, né? E aí, falando de uma ética puramente normativa mesmo, uma coisa mais pragmática, né? E essas pessoas vão formando residentes, né?" (P 14)	4	4,8%
O paciente afetado pelo problema	Vítima de iatrogenias	A prática médica sem visão crítica levando a iatrogenias	"Isso é que está tornando a medicina perigosa [*referindo-se a profissionais sem visão crítica*]. A medicina está ficando perigosa. É tanta iatrogenia. A gente vive, mundo afora, uma epidemia de iatrogenia. Isso tem sido muito combatido." (P 04)	9	10,9%
	Relação degenerada com o médico e sistema de saúde	Os pacientes não se veem acolhidos em suas necessidades pelo sistema de saúde e pelos médicos	"E eu acho que o sistema tradicional médico, como é a atenção primária, tem muito, muito valor. Todo mundo deve se apoiar e se aproveitar desses serviços. E esse atrito que às vezes acontece com pacientes buscando uma coisa e médicos não oferecendo uma aceitação, uma escuta sobre essas alternativas, acaba levando pacientes a saírem do sistema de saúde, que não é bom para eles também, sabe?" (P 03)	5	6,0%
			Total	82	100,0 %

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

O tema **relevância do problema** foi dividido em dois subtemas. O primeiro deles é o subtema **competências cognitivas**, que expressa a possibilidade de que o ensino da filosofia e a discussão filosófica possam formar profissionais críticos e reflexivos — "Com o tempo, eles [*médicos residentes*] vão assimilando e vão vendo que esse tipo de atitude [*filosófica*] aguça o senso crítico" (P 04) e "Ou seja, quando ele for médico, ele vai se lembrar desses momentos [*de reflexão*] [...] ele vai sempre ser reflexivo nas suas abordagens" (P 13). Utilizamos aqui o termo “críticos” em seu sentido corriqueiro, mas que guarda alguma relação com o sentido filosófico original, conforme exposto no verbete "crítica" do dicionário de Abbagnano (2012,

p. 260): "Termo introduzido por Kant para designar o processo através do qual a razão empreende o conhecimento de si mesma: 'o tribunal que garanta a razão em suas pretensões legítimas, mas condene as que não têm fundamento'". Espera-se, então, do profissional crítico a capacidade de compreender e julgar as limitações inerentes ao seu próprio processo cognitivo, além de julgar seus próprios comportamentos, escolhas e o papel que exerce na sociedade. Edgar Morin (2011, p. 19) afirma ser papel da educação "mostrar que não há conhecimento que não esteja, em algum grau, ameaçado pelo erro e pela ilusão", o que pode ser entendido como uma educação para a crítica. Ao revisar as ideias de Matthew Lipman, Marques (2009, p. 88) aponta que a inserção do ensino de filosofia no currículo escolar é "recurso imprescindível para o desenvolvimento de um pensar excelente" e, ainda, que é papel da filosofia indicar "orientações tanto sobre como pensar quanto sobre como realizar o exame crítico dos processos do pensar" (Ibidem). Seria, pois, papel de uma educação filosófica o desenvolvimento dessa habilidade crítica.

O segundo subtema foi **competências afetivas**, que contempla a ideia de que o aprendizado de filosofia possa se relacionar a uma melhoria das atitudes e comportamentos por meio de uma visão de mundo mais ampla — "ver a coisa de maneira diferente" (P 09) — e de uma maior capacidade de lidar com os dilemas e dificuldades de uma prática médica — "se sentir seguro nesse abismo" (P 12). Isso é corroborado por constatações de que a exposição a humanidades já se correlacionou à maior empatia, sabedoria e tolerância a ambiguidades (MANGIONE *et al.*, 2019). O ensino de filosofia mostra aí sua importância, dado seu potencial de mudar o pensar e orientar a ação. Isso é corroborado por Batista que, ao discutir as implicações das ideias de John Dewey para o ensino de filosofia, afirma:

> Sendo assim, a filosofia na educação básica pode ser pensada através do estabelecimento de uma relação dos conceitos filosóficos com a vida do estudante, possibilitando entendimento de alguns aspectos de sua experiência anterior e possibilitando orientar as futuras. (BATISTA, 2019, p. 192)

O tema **o profissional afetado pelo problema** apresenta as consequências aparentes do déficit de formação filosófica na educação médica. Posto o potencial da filosofia de aumentar as competências cognitivas e afetivas dos estudantes, é de se supor que sua falta possa desfavorecer o desenvolvimento dos domínios correspondentes. Esse tema foi subdividido em quatro subtemas. O subtema mais recorrente foi a **falta de senso crítico**, que levaria ao uso cego das técnicas diagnósticas e terapêuticas — "procurador de doença, criador de doença" (P 04) —, a desconsideração dos aspectos psicossociais do adoecimento — "se esquece de uma

abordagem mais holística" (P 13) — e ao desconhecimento do papel social do médico, que se torna "instrumento desse biopoder" (P 12). O segundo subtema aponta a atitude de se **evitar lidar com dilemas**, meio pelo qual o profissional, acuado diante de dúvidas e situações complexas, se fecha em si mesmo, na busca por uma falsa segurança — "você vai ter que lidar com o sofrimento daquela pessoa e às vezes a gente não está pronto" (P 08). O terceiro subtema é uma possível causa do segundo, e indica o **sofrimento mental** a que se submete o médico que se percebe incapaz de lidar com cenários que colocam em xeque sua técnica, seu conhecimento científico e suas convicções pessoais — "'E agora? Vou fazer o quê?' É uma pergunta extremamente, assim, angustiante, porque você não sabe se tem os elementos para ser o que é" (P 12). Enquanto o esgotamento mental dos médicos está relacionado a muitas variáveis, como carga de trabalho, remuneração, ambiente de trabalho, idade e sexo (WEST, DYRBYE e SHANAFELT, 2018), a compreensão e aceitação da complexa realidade, a reflexividade e o autoconhecimento estão entre os fatores protetores (O'DOWD *et al*., 2018). Isso é corroborado pelo fato de a exposição a humanidades se correlacionar a menores índices de *burnout* em estudantes americanos (MANGIONE *et al*., 2019). Podemos hipotetizar que uma visão de mundo mais ampla, que contemple diferentes nuances da existência humana, somada a uma compreensão de que o mundo é incerto e complexo, induz o estudante a uma nova postura diante da vida. Retira-se o peso e a expectativa da perfeição — sempre irreal — e abraça-se a diversidade, a dúvida e a possibilidade do erro — sempre naturais. Esses subtemas certamente se conectam e se complementam.

O quarto subtema trata do **comportamento antiético**, possivelmente agravado por uma pobre reflexão ética e autocorretiva — "Pessoas com falta de noção grosseira de ética mesmo, né?" (P 14). Goldie *et al.* (2004) mostraram que a inclusão de disciplinas de ética no currículo de um curso médico em Glasgow se associou a uma discreta melhora de pontuação em teste de resolução de dilemas. No entanto, ressalta-se a dificuldade de mensuração do comportamento ético, uma vez que os testes, em geral, avaliam conhecimentos e proposições, sendo questionável o poder de um teste em determinar o comportamento futuro de um indivíduo (CAMPBELL, CHIN e VOO, 2007). Estudar ética não é requisito absoluto para o agir correto, tampouco deve ser suficiente, isoladamente, para transformar ações. Ainda assim, há que se reconhecer a possibilidade que a reflexão ética tem de levar o indivíduo a ter uma atitude crítica diante de suas próprias ações — autocorreção —, talvez favorecendo a transformação do comportamento.

Já o tema **o paciente afetado pelo problema** aparece como consequência do modo com que a questão incidiu sobre os profissionais — a incompetência cognitiva e afetiva dos médicos pode prejudicar os seus pacientes. Destacam-se dois subtemas: o primeiro coloca o paciente como frequente **vítima de iatrogenias** — "A gente pode correr o risco de começar a chamar de doença tudo, começar a medicalizar tudo" (P 02) —, o que poderia se explicar, dentre outras causas, pela hipótese de que aquele profissional inseguro diante das incertezas tenta compensar sua insegurança por meio da solicitação de mais exames e realização de tratamentos e procedimentos mal indicados, que expõem os pacientes a riscos. Essa hipótese é reforçada pelos achados de um levantamento realizado pela campanha *Choosing Wisely* (ABIM FOUNDATION, 2014), que revelou que 36 % dos médicos entrevistados admitem que indicam exames e procedimentos desnecessários em busca de mais segurança e 30 % como forma de buscar tranquilidade. O segundo subtema aponta que o paciente vive uma **relação degenerada com o médico e com o sistema de saúde**, que se explica por: (i) o médico inseguro vê seu paciente como um "oponente [...] para testar as suas habilidades" (P 02), (ii) o paciente, por vezes, "não reconhece o médico enquanto sujeito" (P 12), (iii) o paciente, dentro do modelo biomédico de saúde, nem sempre é acolhido na totalidade de suas demandas e (iv) existe um conflito de demandas e expectativas entre o médico, o paciente e o sistema de saúde. A campanha *Choosing Wisely*, em levantamento feito na Filadélfia com pacientes de baixa renda, aponta que eles têm demonstrado menor confiança nos médicos e maior propensão a questioná-los (ABIM FOUNDATION, 2019), o que pode fazer com que o médico se sinta desafiado e inseguro. Outros levantamentos apontam insatisfação do usuário brasileiro com o acesso a serviços, relações contratuais e continuidade de cuidados na saúde suplementar (DAROS, 2016) e demanda por mais humanização do atendimento no Sistema Único de Saúde (MOIMAZ, 2010). Acreditamos que o médico que se vê perdido em meio a tantos conflitos deixa de exercer papel de articulador das necessidades do paciente e do sistema de saúde, e passa a ser elemento-problema numa relação adoecida, viciosa.

5.1.2 Estratégias já utilizadas para o enfrentamento do problema

Essa categoria traz uma caracterização geral de estratégias já utilizadas para trabalhar o ensino de filosofia ou para fomentar algum tipo de discussão filosófica, e encontra-se representada no Quadro 2. Sua importância está na caracterização qualitativa dos tipos de intervenção desenvolvidos, uma vez que não é possível estabelecer, pela metodologia utilizada, uma estimativa de quais dessas iniciativas foram mais ou menos utilizadas no cenário da educação

no Brasil, ou no estado de Minas Gerais. O número de menções a cada tema representa, portanto, um indicativo daquilo que mais frequentemente foi conhecido ou lembrado pelos entrevistados.

Quadro 2 – Categoria: estratégias já utilizadas no enfrentamento do problema

Tema	**Descrição**	**Citação representativa**	**n**	**%**
Disciplinas curriculares	Disciplinas específicas ou discussões transversais dentro de outras disciplinas	"A gente tem ética médica. Pelo menos, eu acho que eu tive um, dois e três... pra discutir todo o código de ética médica. Eu tive três... três saúde coletivas." (P 16) "A gente trabalha uma metodologia ativa, que é o *team-based learning*, que a gente trabalha questões e casos clínicos com os alunos e a gente sempre tenta incluir algum dilema, [...] trabalhar as questões éticas" (P 17)	5	27,7
Debates ou conferências	Encontros pontuais realizados de forma livre e extracurricular	"Mas essa discussão foi uma discussão muitíssimo interessante [*referindo-se a uma discussão sobre ética e moral*]. Ela gerou uma série de exemplos na época desse... isso até foi lá na Associação Médica, que a gente participou desse debate lá. Isso é uma coisa interessante." (P 09)	4	22,2
Discussões no ambiente de prática	Momentos de discussão no ambiente de prática	"No Cuidados Paliativos, meio que tem. Um dia por semana, a gente tem um momento de... mais reflexivo" (P 03)	4	22,2
Grupos estudantis ou ligas acadêmicas	Grupos extracurriculares com reuniões recorrentes	"Então, eu te falo pelo grupo que eu participei na faculdade, era realmente um grupo. A gente sentava em uma roda e não tinha um tutor, né? Um professor, uma aula expositiva, não era isso." (P 01)	3	16,6
Mídias digitais	Questões filosóficas pontuadas nas mídias digitais	"É tudo temático [*referindo-se a postagens no Instagram com conteúdo filosófico*]. Mas a interação é muito variada. Esse último que eu postei agora, que teve uma repercussão grande, foram mais de 4.500 visualizações, porque agora o que circula mais são esses vídeos curtos de um minuto e meio, o *Reels*. (P 04)	1	5,5
Reforma curricular	Propostas para reestruturação do currículo da graduação médica	"Então, essa questão de introduzir o estudante de medicina, preferencialmente, saindo da cultura da múltipla escolha para a cultura do pensamento, foi objeto de uma proposta curricular que foi escrita por mim e pelo ***** para ser apresentada a um seminário de reforma curricular da Faculdade de Medicina, ocorrido, salvo engano, em 1988." (P 10)	1	5,5
		Total	18	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

O tema mais lembrado foi o das **disciplinas curriculares**. São disciplinas que entram na grade do curso como disciplinas obrigatórias ou optativas, utilizando-se de aulas tradicionais ou incorporando metodologias ativas. Foram citadas disciplinas específicas de filosofia e de ética, além de discussões éticas transversais inseridas dentro de outras disciplinas curriculares.

As disciplinas curriculares têm a vantagem de permitir o planejamento didático e viabilizar a discussão pormenorizada dos conteúdos e conceitos elencados na ementa. Há a dificuldade de se inserir disciplinas de forma atrativa, especialmente num cenário de currículo "inchado", com múltiplas disciplinas concorrentes. A inserção de temas transversais de filosofia dentro de outras disciplinas já estabelecidas pode ser uma saída para a falta de espaço no currículo, mas traz o problema da falta de aprofundamento teórico e da superficialidade da discussão, especialmente se feita por docentes não preparados. A crítica ao ensino de filosofia por meio de temas transversais já foi abordada no item 1.3 deste trabalho.

O segundo tema foi **debates ou conferências**, caracterizados por serem extracurriculares, pontuais e de participação livre. Esse tema compreende desde os debates em grupos menores a grandes conferências. Quando muito divulgadas, ou quando parte de eventos institucionais, como séries de debates, essas estratégias podem angariar um grande público, havendo potencial de apresentar um tema a um público não iniciado e fomentar interesse por uma área. As grandes aulas e conferências carregam em si a possibilidade de delinear um assunto, reunir grande quantidade de informações e apresentar uma maneira particular de abordagem de determinado problema. Têm como desvantagem a dificuldade para o aprofundamento em temas complexos (BRITISH COLUMBIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY, 2010). A depender do tamanho do evento, pode ser inviável a participação efetiva da plateia. Além disso, quando são iniciativas para um público amplo, pode ser desafiador o planejamento pedagógico — o risco de ser superficial demais para uns e aprofundado demais para outros.

A seguir, temos **discussões teóricas no ambiente de prática**, que aparecem de duas maneiras distintas: (i) discussões periódicas com local e tempo protegidos — as reuniões clínicas — e (ii) discussões episódicas por oportunidade — as discussões oportunísticas. As reuniões clínicas são frequentemente realizadas no cenário da residência médica, geralmente de participação compulsória, destinadas a discutir tópicos teóricos e aqueles casos clínicos considerados mais interessantes. As discussões oportunísticas foram aqui nomeadas em função do trabalho de Harden, Sowden e Dunn (1984, p. 247), que utilizam o termo "*opportunistic programme*", referindo-se ao programa teórico que se cumpre de forma não sistemática, de acordo com os casos que surgem naturalmente. As discussões oportunísticas são aquelas que se fazem imediatamente após o atendimento dos casos, ao se perceber algum ponto relevante a ser debatido ou apontado. As reuniões relatadas pelos participantes não eram especificamente dedicadas à filosofia, mas englobavam, de forma espontânea, aspectos

filosóficos relacionados aos temas ou casos discutidos. As vantagens deste modelo incluem o tempo e espaço protegidos e a possibilidade de se pesquisarem previamente referenciais teóricos para enriquecer a discussão. A principal desvantagem está no fato de não ser uma reunião dedicada aos aspectos filosóficos/humanísticos, gerando concorrência com outros aspectos a serem tratados, como questões assistenciais específicas. Já as discussões oportunísticas relatadas eram fruto de iniciativa individual do docente, durante o debate dos casos clínicos atendidos no dia. A vantagem principal está em aproveitar o envolvimento imediato com o caso e o engajamento do momento. As desvantagens incluem a necessidade da posse prévia de um repertório filosófico amplo pelo docente para fomentar uma discussão rica, a dependência da sensibilidade do docente para identificar as questões sensíveis a serem trabalhadas e a limitação de tempo que se tem no ambiente de prática.

Os **grupos estudantis ou ligas acadêmicas** trata-se de atividades extracurriculares, geralmente caracterizadas como projetos de extensão, de participação livre ou mediante processo seletivo, com reuniões recorrentes, destinadas ao aprofundamento em algum tema de interesse de seus membros. Esses grupos realizam reuniões periódicas, permitem a alternância de papéis entre os membros — ora como apresentadores, ora como ouvintes ou debatedores —, possibilitam o convite de agentes externos que possam contribuir para os debates, permitem aprofundamento em temas mais complexos devido ao engajamento e bagagem teórica acumulada pelos alunos. As desvantagens potenciais são: (i) falta de planejamento pedagógico do grupo — nem sempre há um docente com participação ativa na formulação do plano de reuniões, tampouco algum plano consistente formulado pelos alunos dirigentes da liga —, o que pode levar a um caminho errático das discussões; (ii) os benefícios dos grupos ou ligas podem ser focais, restritos aos membros — e nem sempre há vagas para todos os interessados; (iii) predileção por aulas tradicionais, conteudistas; (iv) tendência a pouca abertura para acadêmicos de outras áreas — o que limita a interdisciplinaridade — e (v) podem ser usadas como "tapa buracos" para deficiências curriculares, tirando o foco da necessidade de revisão do currículo (HAMAMOTO FILHO, 2011). Apontamos, também, a possibilidade de concentrar os alunos que já possuíam interesse prévio no tema, atraindo poucos "novos alunos" para o debate.

As **mídias digitais** aparecem como possibilidade de popularização da discussão filosófica mediante iniciativas individuais, não vinculadas à universidade. Nesse caso, foi citado um projeto de apresentação de tópicos filosóficos e humanísticos relacionados à prática médica

dentro do *Instagram*. À época da entrevista, o projeto se restringia a um nicho pequeno, mas, posteriormente, houve crescimento expressivo do número de seguidores devido a uma postagem contendo uma reflexão ética sobre um evento polêmico envolvendo acusações de erro médico. As vantagens de uso das redes sociais estão na possibilidade de alcançar um grande público, atrair "novos interessados" para o debate, vincular postagens a recursos multimídia, tratar de temas em voga quase que em tempo real. A superficialidade da discussão é um potencial problema, visto que uma postagem, em geral, é insuficiente para qualquer coisa além de uma breve introdução a um argumento. Outra questão é que o alcance das postagens depende de um algoritmo de distribuição com funcionamento muito incerto, que tende a privilegiar a polêmica em nome do engajamento, prejudicando a distribuição orgânica do conteúdo. Além disso, apesar de permitir um espaço para debate na área de comentários da postagem, as práticas das redes sociais mostram uma tendência às ofensas e à agressividade diante da divergência de ideias (SANTOS, 2022).

Por fim, temos a **reforma curricular**, que, apesar de ter sido citada apenas uma vez nas entrevistas como estratégia já utilizada, trata-se de uma importantíssima ação — constante através da história da educação médica. Ao longo de um século, a educação médica passou por, pelo menos, três mudanças de paradigma: (i) baseada em ciências — com o relatório Flexner; (ii) baseada em problemas e (iii) baseada em sistemas — foco nas competências e na responsabilidade social. Cabe ressaltar que elementos de cada reforma persistem nas fases subsequentes (FRENK, 2010). As mudanças curriculares podem ocorrer em escala paradigmática — nível global —, como também a nível nacional ou local. O currículo médico é fruto do seu tempo, com suas bases teóricas, questões sociais, políticas e econômicas. A reforma curricular é uma oportunidade de adaptar o curso ao objetivo de formar um egresso com perfil apto a atender às demandas da sociedade. Porém, os condicionantes políticos, sociais e econômicos podem atuar tanto como fatores propulsores quanto como barreiras. Não há consensos quando se trata de reforma curricular: quais disciplinas devem ser incluídas? Quais devem ser excluídas? Qual é o perfil do egresso? Dentre outras questões. Portanto, se uma reforma do currículo parece poder incluir, da forma mais efetiva, o ensino de um novo conteúdo ou competência, também é o modo mais dispendioso e difícil de fazê-lo, sendo que as consequências, para o bem ou para o mal, são as mais drásticas.

5.1.3 Estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema

Essa categoria trata das estratégias desejáveis para o ensino da filosofia na educação médica e encontra-se representada pelo Quadro 3. Serão apresentados aqui os temas numa ordem que faça sentido discursivo, não necessariamente respeitando-se o número de citações.

O tema mais importante, tanto pelo número de citações quanto pela ênfase dada pelos participantes, é a necessidade de **contextualizar com problemas** o ensino filosófico — "conteúdos filosóficos dentro da própria realidade da medicina" (P 04). Para melhor caracterizar esse tema, optou-se por dividi-lo em três subtemas: (i) exemplos de problemas reais, (ii) vivências do aluno e (iii) filmes, livros e obras de arte diversas. O primeiro subtema trata de levar ao aluno, especialmente dos períodos iniciais do curso, exemplos de problemas reais, experimentáveis na prática clínica, seja por meio de relatos, textos, vídeos, com objetivo de fomentar a discussão e possibilitar que se trabalhem raciocínios, ideias e conceitos filosóficos — "Porque em uma fase inicial, até o aluno é muito ávido por exemplos práticos" (P 06). O segundo subtema já trata das vivências práticas do aluno, iniciando a discussão a partir daquilo que o estudante já viu ou experienciou em sua vida, mesmo que antes do curso de medicina, ou ainda oferecendo vivências integradas à disciplina que se constituam em estímulo para a reflexão — "abrir porta para experiências de vida" (P 05). O terceiro subtema consiste na possibilidade de se iniciar a discussão filosófica a partir de problemas retratados em obras de arte selecionadas — "a proximidade com as artes seria muito legal. Filme, conto, livro, todas essas estruturas, né?" (P 18) —, o que traria ainda um estímulo à sensibilidade interpretativa do estudante e alargamento de horizontes culturais.

Quadro 3 – Categoria: estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema

(continua)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
Contextualizar com problemas	Exemplos de problemas reais	Apresentar ao aluno situações-problema reais, a princípio não vivenciadas pelo aluno	"Agora, inseri-la nisso, nessas discussões filosóficas, dilemas filosóficos, dilemas éticos, em situações de vida real da medicina. Isso é que eu acho muito mais estimulante para essa turma jovem, aí eles se engajam. Quando você vê, é uma discussão profundamente filosófica aplicada a uma situação real, de vida cotidiana, de situações que o médico vive e vai viver." (P 04)	25	16,5

(continua)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
Contextualizar com problemas	Vivências do aluno	Utilizar, como base para discussão, as vivências do aluno, sejam elas prévias ou parte integrante da disciplina	"Acho que o curso já tem uma base curricular muito bem estruturada para a atividade médica, mas está faltando realmente abrir porta para experiências de vida." (P 05) "A sensação que eu tenho hoje é que um médico só passa a pensar nisso [*referindo-se às reflexões éticas*], até entender isso [...] se ele atravessa algum tipo de revés, alguma dificuldade de uma decisão" (P 09)	25	16,5
	Filmes, livros, obras de arte diversas	Utilizar exemplos extraídos de outros tipos de obra de arte que trazem dilemas	"Sabe o que que me ocorreu, assim, no tapa, né? Eu acho que filme. Filme, um documentário. Eu tô respondendo especificamente esse aluno que tá no início do curso, né?" (P 17)	9	5,9
Instrumentalizar a discussão	–	Os referenciais teóricos são apresentados como ferramentas para enriquecer a discussão	"A gente ia ler os conceitos pra entender o que que era que a gente tava falando" (P 01) "... a ideia de munir teoricamente esse aluno, ter um embasamento teórico mesmo dessa parte, eu acho que seria interessante" (P 18)	18	11,9
Estimular a transdisciplina-ridade	–	Integrar a discussão com outros campos de saber, da ciência às humanidades	"E quanto maior for o acervo de ideias que transitarem pela cabeça de um estudante de medicina, inclusive de ideias muito diferentes daquela que ele imagina que seja o estudo da própria medicina, mais facilidade ele vai ter de perceber as coisas até essenciais da prática médica." (P 09)	17	11,2
Longitudinali-zar a formação	–	A formação, idealmente, deve ser longitudinal	"Eu acho que isso é uma coisa que tem que ser contínua ao longo da graduação e aprofundando e especificando" (P 18)	13	8,6
Acolher a discussão de forma plural	–	Construir espaço acolhedor à diversidade de saberes e opiniões	"Confidencialidade e ter um espaço mais... criar um espaço um pouquinho mais sagrado. Um pouquinho mais de... intimista. Tudo isso, eu acho que... porque, às vezes, essas coisas são difíceis de falar [*referindo-se a compartilhar vivências e opiniões*]" (P 03)	12	7,9
Levar em conta diferentes pontos de partida	–	Considerar bagagens, percursos, motivações e momentos distintos	"Algumas pessoas [*referindo-se aos alunos*] usam mais esses recursos [*reflexivos*], outras usam menos, mas acho que pode ser considerado como um norte." (P 01)	11	7,2
Criar momento dedicado à discussão	–	Ter momento, no cenário de prática, dedicado à reflexão, usando ou não ambiente específico	"Ter um momento que seja… talvez não pode ser todos os dias, toda semana, mas criar uma estratégia daquilo que seja possível dentro da formação na prática, para que existam esses momentos de discussão mais aprofundados" (P 05)	7	4,6
Utilizar metodologias ativas	–	Incorporar metodologias ativas ao ensino filosófico	“trabalhar com questões, por exemplo, da terminalidade. Você traz... eu falo assim... você traz, por exemplo, as simulações realísticas” (P 13)	7	4,6

(conclusão)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
Utilizar ambiente digital de forma complementar	–	Trazer as mídias digitais para o currículo de modo a atrair mais o aluno	"eu quero lançar um outro ambiente que eu acho que para esse tipo de ensino seria muito interessante, de novo, que seria tipo um ambiente, vamos chamar, virtual, *online*, [...] é algo como se fossem umas pílulas filosóficas, usando, por exemplo, *podcasts* e tal, *linkados* ao longo do curso." (P 06)	7	4,6
			Total	151	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A metodologia de ensino de filosofia proposta por Gallo (2012) — apresentada na seção introdutória deste trabalho — propõe que, na fase de *sensibilização*, "os estudantes vivam, 'sintam na pele', um problema filosófico a partir de um elemento não filosófico". Por isso, não basta que o professor aponte um problema. É preciso que o aluno reconheça aquele problema como relevante para a sua realidade e para a realidade na qual está se inserindo dentro do campo da saúde. Caso contrário, a sensibilização não será efetiva, o que prejudicaria a fase de *problematização*, na qual se analisam os diferentes ângulos e aspectos da questão (GALLO, p. 97).

O segundo e o terceiro temas mais citados se conectam logicamente ao primeiro. A ideia de que se deve **instrumentalizar a discussão** consiste em apresentar ao estudante referenciais teóricos que possam servir de base para trabalhar determinado dilema — "montar um arcabouço teórico" (P 15), "Apresentar os conceitos" (P 18) e "colocar essa questão dos preceitos" (P 10). O contato com as obras filosóficas, pensamentos e teorias é obviamente importante, mas será mais eficaz se partir de um problema prático que gere a necessidade de ampliação de horizontes cognitivos. Caso contrário, especialmente diante de alunos ainda imaturos ou não iniciados ao estudo da filosofia, a teoria pode se transformar em mero saber adormecido na memória do estudante e perecer. Deve-se combater, portanto, o "ensino enciclopédico", no qual "os estudantes decoravam os sistemas [filosóficos] e suas refutações às vésperas do exame, faziam a prova e esqueciam tudo em seguida" (GALLO, 2012, p. 121).

De maneira complementar, **estimular a transdisciplinaridade**, entendido aqui como lançar mão de diversos campos teóricos dentro da medicina e das humanidades, amplia o acervo de possibilidades para compreensão, reflexão e elaboração de hipóteses acerca de um tema

complexo — "incorporar esses conteúdos que vão na área já da humanidade" (P 05), "traz um tema, por exemplo, da inclusão social" (P 13) e "pegar uma coisa que é absolutamente técnica, entre aspas, 'médica', e transformá-la numa discussão filosófica" (P 09). Conforme indica Morin (2011, p. 35), "Unidades complexas, como o ser humano ou a sociedade, são multidimensionais: assim, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa". A problematização torna-se mais rica e complexa quantos mais forem os pontos de vista considerados, o que leva a uma fase de *investigação* — "buscar elementos que permitam a solução do problema" (GALLO, 2012, p. 97) — necessariamente transdisciplinar. O estudo transdisciplinar pode contribuir para a formação de uma rede teórico-semântica muito mais forte do que o ensino isolado das disciplinas. A respeito disso, o Participante 09 lembrou a fala de James:

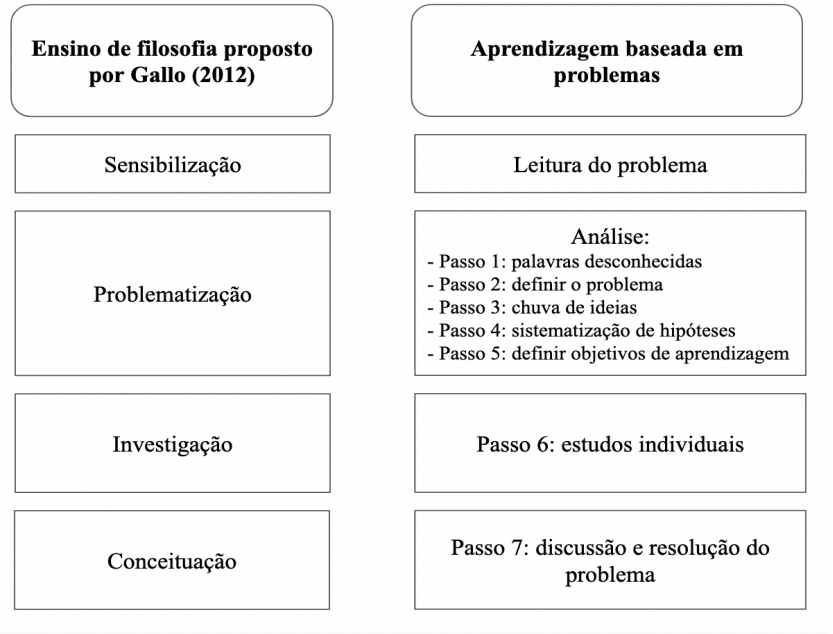
> Em termos mentais, *quanto maior o número de fatos com os quais um fato esteja associado na mente, melhor será a sua retenção pela nossa memória*. Cada um dos fatos associados se torna como um anzol, uma forma de pescá-lo quando está abaixo da superfície. Juntos, eles formam uma rede de ligações entrelaçada em todo o tecido do nosso pensamento. O "segredo de uma boa memória" é, portanto, o segredo de formar associações diversas e múltiplas com cada fato que desejamos lembrar. (JAMES, 1918, p. 662, tradução nossa)

Para um melhor aproveitamento didático, é necessário **levar em conta diferentes pontos de partida**, ou seja, planejar a escolha dos referenciais teóricos a serem trabalhados de acordo com o momento da formação em que se encontra o estudante, além de escolher tópicos que sejam acessíveis àqueles que não tiveram nenhum contato prévio com a filosofia, mas que não sejam irrelevantes para aqueles que já possuem algum conhecimento prévio — "o médico residente é diferente do aluno do sexto ano, que é completamente diferente do quarto e que é absolutamente diferente do primeiro período, né?" (P 17). A determinação de um programa de ensino pode levar em conta o que foi descrito por Vygotsky (2007, p. 97) como a zona de desenvolvimento proximal (ZDP) que é "a distância entre o nível de desenvolvimento real, [...] da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, [...] da solução de problemas sob a orientação". Em outras palavras, o desenvolvimento real é a capacidade já plenamente estabelecida do estudante, e o desenvolvimento potencial é o limite da capacidade do estudante naquele momento, com toda ajuda disponível. Não desejamos trabalhar sobre aquilo que já foi conquistado, nem exceder a capacidade máxima do estudante — pouco, ou nada, se tem a ganhar nesses casos. Porém, entre esses dois pontos está situada a ZDP, território no qual devem se concentrar as ações pedagógicas, permitindo que o

desenvolvimento real do estudante se amplie. Embora Vygotsky tenha partido da educação infantil, existem autores que corroboram o uso do conceito de ZDP na educação superior (WASS e GOLDING, 2014). O desafio aqui é escolher referenciais e objetivos elásticos o suficiente para que, com as devidas adaptações promovidas pelo docente, possam atuar efetivamente na ZDP de alunos com bases distintas.

Utilizar metodologias ativas de aprendizagem, a essa altura, parece inevitável. Os participantes apontaram possibilidades como discussões éticas por meio de simulações, uso de *team based learning* (TBL) para grandes grupos — "TBL, eu acho que seria uma ferramenta massa" (P 18) — e estratégias de discussão em pequenos grupos — "Grupos baseados em problemas" (P 16), "treinamento de habilidades" (P 05), "trabalhar com pequenos grupos" (P 13). Embora não tenha sido nominalmente citada, o uso da estratégia de aprendizagem baseada em problemas (ABP) parece cumprir os requisitos para o ensino de filosofia em pequenos grupos e se assemelha muito à proposta de Gallo (2012), conforme mostrado na Figura 2. A ABP se sustenta em princípios de contextualização — passos 1 e 2 —, ativação do conhecimento prévio — passo 3 —, motivação para aprendizagem — passos 4 e 5 —, aquisição de novos conhecimentos — passo 6 — e reformulação e sistematização dos conhecimentos — passo 7 (TOLEDO JÚNIOR *et al.*, 2008). Esses princípios parecem se aplicar às etapas correspondentes da proposta de Gallo (2012).

Figura 2 – Correspondência entre a proposta de Gallo (2012) e a ABP



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Utilizar o ambiente digital como complementar aparece como uma possibilidade interessante. É possível ocupar o espaço digital com conteúdo relevante, vinculado ao planejamento curricular, prontamente acessível ao aluno em qualquer lugar com acesso à rede. Esse material pode servir de complementação teórica durante a fase de estudos de uma abordagem de ABP, ou como preparação dentro de uma estratégia de TBL ou sala de aula invertida — na qual o estudante entra em contato com um material de apoio antes da aula, e esta é direcionada para realização de exercícios de aplicação como resolução de problemas ou discussão de algum caso específico (THOMAS et al., 2016, p. 76).

Diante dos cenários de prática, nos quais se enquadram a residência médica e os internatos, há a necessidade de se **criar momento dedicado à discussão —** "Criar essa oportunidade de agenda para que isso aconteça, para que existam essas discussões" (P 05). Esse tema apresenta como benéfica a criação de uma agenda dedicada a discussões para além dos aspectos técnicos da prática — ideias como reuniões semanais para abordagem de temas em filosofia, humanidades ou discussão de aspectos éticos e filosóficos dos casos atendidos. Isso acaba por instituir, no ambiente de aprendizagem prática, um hábito que pode se transformar numa cultura, o que dificilmente aconteceria a partir das discussões pontuais esporádicas e não estruturadas. Outro tema complementar a esse é **acolher a discussão de forma plural**, que retrata a importância de que o momento de discussão forneça não somente um tempo reservado, mas também um espaço protetor e acolhedor, em que ideias complementares, divergentes, ou até conflitantes, possam ser discutidas abertamente — “se a gente pudesse falar mais sobre isso muito além da medicina” (P 08), “reuniões em que o preceptor ou o professor escute verdadeiramente o seu aluno e acolha o que aconteceu, faz com que o aluno acabe se ouvindo, primeiramente, para depois que a gente ouça ele” (P 07). Os estudantes devem se sentir incentivados a expressar o pensamento, ao mesmo tempo em que aprendem a criticar e receber críticas. A reflexão sobre a experiência e a discussão em grupos são reconhecidas como métodos de ensino capazes de trabalhar competências afetivas (THOMAS et al., 2016, p. 69) e nos parecem ser os melhores métodos para inserção da filosofia nos cenários predominantemente práticos.

Para finalizar, o complexo tema **longitudinalizar a formação**, que traz a ideia de que a formação filosófica ideal deve perpassar todo o processo educativo do discente, não se restringindo a uma disciplina ou momento específico — "currículo em espiral mesmo" (P 18), "isso tem que começar lá no início" (P 16) e "pegando um pouquinho de cada ponto do curso"

(P 15). A complexidade desse tema reside no fato de ser bastante intuitiva e atraente a ideia de que a formação será mais efetiva se ocorrida gradualmente, ao longo de muitos anos, ao mesmo tempo em que é difícil imaginar a inserção de disciplinas de filosofia ou afins ao longo de toda a grade curricular. A possível solução para a questão está numa mudança cultural, que leve à valorização de uma forma de pensar filosófica, esta sim, possível de permear todo o currículo, podendo ser trabalhada e incentivada nas mais diversas disciplinas. Obviamente, esse é o objetivo mais distante e difícil de ser alcançado — não por acaso, parece também ser a melhor das possibilidades.

5.1.4 Síntese da avaliação de necessidades gerais

Segundo Thomas *et al*. (2016, p. 6), a diferença entre a abordagem ideal e a abordagem atual representa a avaliação de necessidades gerais. Tomados os pontos abordados até então, sintetizamos a avaliação de necessidades gerais sob os seguintes aspectos: (i) direção do ensino — se determinada pelo professor ou pelo estudante —, (ii) metodologia de ensino — se passiva ou ativa —, (iii) conteúdo — se disciplinar ou integrado —, (iv) ambientes — se em sala de aula ou ambiente de prática — e (v) inserção curricular — se pontual ou longitudinal. A avaliação de necessidades gerais encontra-se representada no Quadro 4.

Quadro 4 – Síntese da avaliação de necessidades gerais

(continua)

	Estratégias já utilizadas	**Estratégias desejáveis**	**Avaliação de necessidades gerais**
Direção do ensino	Variável; frequentemente determinada pelo professor ou palestrante	Orientada pelo processo de raciocínio dos alunos, estes auxiliados pelo professor	Buscar o protagonismo do aluno no aprendizado e formar docentes capazes de guiar o processo
Metodologia de ensino	Variável; frequentemente passiva e conteudista	Ativo, baseada em problemas, bem embasada filosoficamente	Priorizar as discussões baseadas em problemas, instrumentalizadas por teoria pertinente
Conteúdo	Fragmentado, nem sempre adaptado ao público-alvo	Transdisciplinar, adaptável ao nível dos alunos	Estimular discussões multidisciplinares, adaptáveis ao nível dos alunos

(conclusão)

	Estratégias já utilizadas	Estratégias desejáveis	Avaliação de necessidades gerais
Ambientes	Variável; mais comumente em sala de aula	Abarcar tanto o ambiente de sala de aula quanto os ambientes de prática	Otimizar o uso da sala de aula e propor estratégias de discussão no ambiente prático
Inserção curricular	Variável; frequentemente disciplinas isoladas ou atividades extracurriculares	Inserção longitudinal no currículo	Propor disciplinas oficiais, e estratégias para integração da discussão filosófica em outras disciplinas e momentos do percurso educacional

O resultado de nossa avaliação de necessidades gerais encontra similaridades e diferenças em relação ao modelo SPICES, proposto por Harden, Sowden e Dunn (1984). Esse modelo propõe um ensino centrado no aluno, baseado em problemas, integrado, baseado na comunidade, conduzido de modo eletivo e sistemático (REIS, SOUZA e BOLLELA, 2014, p. 276). Faz sentido, em se tratando da filosofia, um ensino centrado no aluno, baseado em problemas e integrado. Já do ponto de vista da ambientação, faz sentido que o ensino de filosofia, ou a discussão filosófica, ocorra em todos os ambientes, desde a sala de aula aos ambientes de prática, e aborde tanto os problemas vivenciados no hospital quanto aqueles da comunidade. A respeito da eletividade do ensino, nossos resultados apontam críticas ao fato de, atualmente, o ensino de filosofia ser, muitas vezes, componente eletivo da educação médica e, por isso, insuficiente. Faz parte desta proposta, portanto, a efetivação da filosofia como componente curricular. Por fim, a sistematização da abordagem dos conteúdos é mais importante para o ensino clínico do que para o ensino de filosofia, posto que o primeiro visa formar médico com repertório diagnóstico e terapêutico amplo, enquanto o último visa formar um médico dotado de uma forma particular de pensamento, independentemente dos problemas com os quais se depare.

5.2 Avaliação de necessidades específicas

A avaliação de necessidades específicas se dividiu em quatro categorias, conforme mencionado na seção de métodos, sendo elas: (i) caracterização do ambiente de aprendizagem, (ii) caracterização da população alvo, (iii) barreiras a serem superadas e (iv) fatores oportunizadores. Por fim, é apresentado um quadro sintético da avaliação de

necessidades específicas. O resumo de categorias, temas e subtemas da avaliação de necessidades específicas encontra-se no APÊNDICE E.

5.2.1 Caracterização do ambiente de aprendizagem

O ambiente educacional — ou ambiente de aprendizagem — é de fundamental importância, mas frequentemente negligenciado. Ele compreende não apenas os fatores físicos, mas também os psicológicos, sociais, pedagógicos e tecnológicos (TRONCON, 2014, p. 264). Além desses aspectos, há a cultura médica, que pode ser inibitória ou promotora da implantação do currículo (THOMAS et al., 2016, p. 34). Incluímos na categoria **ambiente de aprendizagem** todos os temas relacionados a alguma dessas dimensões do ambiente. Os achados encontram-se sumarizados no Quadro 5.

Quadro 5 – Categoria: ambiente de aprendizagem

(continua)

Tema	Descrição	Citação representativa	n	%
Tecnocentrismo acrítico	Valorização excessiva da técnica e tecnologia, mas sem crítica a respeito dos seus limites	"Então, a gente é bombardeado por essa sedução, vamos dizer assim, da ciência." (P 13) "é a expectativa de que essa medicina altamente tecnológica vai te garantir certezas" (P 04)	20	27,0
Preconceito epistêmico	Preconceito com outras formas de saber que não as científicas	"Acaba ignorando um pouco a parte tanto da experiência pessoal quanto das outras formas de saber e de outras coisas. Outros conhecimentos que, às vezes, ainda não estão tão bem estudados ou que, às vezes, nem serão estudados, sabe?" (P 03)	18	24,3
Educação bancária e mercantilizada	Educação que deposita conhecimentos nos alunos e visa o maior lucro possível	"a saber a intenção das escolas que, cada vez mais, veem nos cursos de medicina um ótimo negócio" (P 04) "Porque a ocupação da mente de um estudante, o que é? Copiar, aprender aqueles conteúdos, copiar e colar, para responder certas as questões de prova e passar de ano" (P 10)	14	18,9
Ambiente de prática	Dificuldade de discussão por falta de tempo dedicado ou disposição do docente	"Porque muitas vezes na correria, por exemplo, da residência médica, a gente acaba não tendo tempo para isso" (P 07) "Não vai ter alguém que vai te orientar a ética médica na residência. Se já na faculdade é difícil ter, imagina na residência, sabe?" (P 01)	9	12,1

(conclusão)

Tema	Descrição	Citação representativa	n	%
Ambiente de sala de aula	A sala de aula favorece discussão, mas a ausência de contato direto com a prática pode empobrecê-la	"Pausa e reflexão, tudo isso pode acontecer mais fácil quando você está em um tempo e espaço calmo" (P 03) "O ruim é que não é prático. É difícil de totalmente... você pode falar de casos clínicos, mas não é o mesmo." (P 03)	7	9,4
Sistema de saúde	Predomínio do modelo biomédico de saúde num sistema frequentemente voltado ao lucro	"E cada vez mais, na medida que os grandes grupos vêm chegando, que a medicina vai se mercantilizando, que dá lucro é doença. Dá lucro é doença." (P 04)	6	8,1
		Total	74	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Iniciaremos com os temas que fazem referência aos dois principais tipos de ambiente, que são o **ambiente de sala de aula** e o **ambiente de prática**, os dois ambientes pretendidos para esta proposta curricular. Já citados anteriormente, cabe aqui breve menção às suas particularidades. O primeiro ambiente é o ideal para as discussões teóricas, com tempo e espaço protegidos, porém pode prescindir de conexão com a prática. O segundo é recheado de exemplos práticos *in loco*, porém frequentemente sem espaço físico adequado ou tempo dedicado a discussões teóricas. Conforme citação do Participante 07, "o problema de um é a solução do outro, porque na sala de aula a gente tem muito contato com teoria e falta prática, e, na preceptoria, no ambiente prático, não tem tempo para discussão, não tem tempo para reflexão". Os mecanismos possíveis de superação desses problemas já foram apontados no item 5.1.3: levar exemplos práticos para a sala de aula e reservar tempo e espaço protegidos no ambiente de prática.

Os dois temas mais citados dizem respeito a uma cultura presente nesses ambientes de aprendizagem, que são o **tecnocentrismo acrítico** e o **preconceito epistêmico**. O tema tecnocentrismo acrítico denota uma cultura de supervalorização da técnica e das tecnologias, de maneira desprovida de crítica. Em posterior busca à literatura, encontramos uma menção ao termo em publicação não indexada de Quaresma (2013), que a utiliza em semelhante sentido. Esse tema é contíguo ao tema **falta de senso crítico**, apresentado no item 5.1.1 deste trabalho. Em sua apresentação mais extremada, chega-se, como cita o Participante 12, a "Esse *teocientificismo*, essa relação religiosa com a ciência", saindo da pretensa imparcialidade da

ciência para uma verdadeira profissão de fé, na qual tudo se resolve pela técnica. Já o tema preconceito epistêmico denota o preconceito contra as formas de saber consideradas não científicas e, portanto, desacreditadas. Esse termo encontra-se em trabalhos diversos, como o de Joaquim e Oliveira (2021), que traz o preconceito epistêmico ao lado da hierarquização do saber e do colonialismo. O preconceito epistêmico aparece nos relatos dos participantes como: (i) preconceito contra as humanidades — "Porque quando você fala em filosofia, grande parte das pessoas já fogem disso" (P 04) —, (ii) preconceito contra o senso comum — "acaba ignorando um pouco a parte tanto da experiência pessoal quanto das outras formas de saber" (P 03) —, (iii) preconceito contra as práticas de saúde alternativas — "E muitas vezes já vi pacientes trazerem interesse em formas não convencionais de tratamento e receberem como... *suppressed by*... por médicos, por profissionais de saúde" (P 03). Há, ainda, na literatura, uma forma de preconceito epistêmico que é a injustiça epistêmica, na qual se "desqualifica alguém em sua qualidade de sujeito de conhecimento" (FRICKER, 2007, p. 5). No campo da saúde, a injustiça epistêmica se manifesta: (i) contra cientistas pertencentes a grupos marginalizados — por exemplo, por racismo, sexismo e colonialismo (BHAKUNI e ABIMBOLA, 2021); (ii) contra pacientes em geral, por não fornecerem as informações da forma esperada pelo médico (KIDD e CAREL, 2017); (iii) contra os pacientes de grupos socialmente marginalizados (Ibidem) e (iv) contra os pacientes psiquiátricos (CRICHTON, CAREL e KIDD, 2017). O tecnocentrismo acrítico e o preconceito epistêmico são faces da mesma moeda, em que cegamente se abraça uma forma de saber e se rechaça as outras. Consistem em barreira a uma visão ampla, reflexiva e justa dos fatos do mundo, da forma como se apresentam a nós, e precisam ser combatidos por uma educação humanista e filosófica. Cabe, aqui, citar uma provocante afirmação de Alves:

> O senso comum e a ciência são expressões da mesma necessidade básica, a necessidade de compreender o mundo, a fim de viver melhor e sobreviver. Para aqueles que teriam a tendência de achar que o senso comum é inferior à ciência, eu só gostaria de lembrar que, por dezenas de milhares de anos, os homens sobreviveram sem coisa alguma que se assemelhasse à nossa ciência. Depois de cerca de quatro séculos, desde que surgiu com seus fundadores, curiosamente a ciência está apresentando sérias ameaças à nossa sobrevivência. (ALVES, 2015, p. 22)

A **educação bancária e mercantilizada** remete, primeiramente, ao termo cunhado por Freire (1987, p. 33): "Eis aí a concepção 'bancária' da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los", enquanto a referência à mercantilização remete a um "processo de reestruturação que permita que as universidades operem como empresas voltadas para o mercado, priorizando a oferta de

serviços em detrimento da geração e disseminação de conhecimento" (WOOD JÚNIOR e TRIVELLI, 2022, p. 261). Ressalta-se que a mercantilização não se refere a todo ensino privado, mas àquele que prioriza o lucro e a satisfação dos acionistas em detrimento da cultura universitária de ensino, pesquisa e extensão. Embora os esforços por um paradigma de ensino e aprendizagem ativos já existam há décadas (FRENK, 2010), a percepção de marcas dessa educação bancária nos dias atuais sinaliza que ainda há muito a se fazer. A mercantilização da educação superior, por sua vez, consiste em um novo desafio, especialmente diante da eclosão dos grandes grupos educacionais com ensino massificado e de baixa qualidade (WOOD JÚNIOR e TRIVELLI, 2022).

Por fim, constituindo o contexto maior do ambiente de aprendizagem, temos o **sistema de saúde** — englobando aqui o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar em conjunto. Os participantes consideraram tratar-se de um sistema que ainda prioriza o modelo biomédico e que frequentemente se volta para o lucro. Dentro do modelo biomédico, a atenção à saúde é praticada "sob uma ótica mais reducionista e médico-centrada [...] de forma indiferenciada, mecânica e classificatória" (RAIMUNDO e SILVA, 2020, p. 114). Essa dimensão classificatória do modelo biomédico se traduz na busca incessante por diagnósticos — "Dentro desse sistema de saúde voltado inteiramente para a doença, a gente vê uma estrutura que mais e mais é uma fábrica de doenças" (P 04). Para cada sintoma, um diagnóstico e um tratamento medicamentoso. Há que se destacar, no entanto, os esforços, ao longo de toda história do SUS, pela promoção de um modelo integral, centrado na atenção básica e multidisciplinar (Ibidem). Ainda assim, o modelo biomédico segue vivo e a mudança de paradigma para um modelo biopsicossocial não se fez por completo. Quanto ao fenômeno da mercantilização, vivemos uma reorganização dos sistemas de saúde, especialmente do suplementar, na direção de uma lógica empresarial e voltada para o lucro, em detrimento do atendimento universal e integral (MEDEIROS, 2018). Nesse modelo, priorizam-se as ações e a aplicação de recursos nos setores considerados mais lucrativos, enquanto padecem outros setores mais dispendiosos e com menor potencial de lucro, como as unidades de terapia intensiva (Ibidem).

A importância da caracterização do ambiente de aprendizagem se dá não somente pelo reconhecimento do território onde se fará a prática educativa, mas também pelo reconhecimento da realidade que se quer modificar. Segundo Freire (S.d., p. 33), o ser

humano, ao se dar conta criticamente da realidade, "deve atuar, pensar, crescer, transformar e não adaptar-se fatalisticamente a uma realidade desumanizante".

5.2.2 Caracterização da população alvo

Apesar de este trabalho não ter envolvido avaliação direta da população alvo do currículo — estudantes e residentes —, é fundamental registrar uma avaliação da impressão dos docentes entrevistados acerca dos alunos, bem como aquilo que está posto na literatura acerca do assunto. Essa categoria foi dividida em quatro temas, sumarizados no Quadro 6. Vale ressaltar que a visão dos docentes é um recorte que sofre influências de diferenças geracionais. Os docentes aqui entrevistados pertencem às gerações *baby boomer*, X e Y, enquanto avaliam alunos predominantemente da geração Z. Existem grandes diferenças entre as gerações, em especial com relação à forma de aprender, às expectativas profissionais e à fluidez das relações (SANTOS NETO e FRANCO, 2010). As diferenças geracionais, embora fundamentais a serem levadas em conta, não deslegitimam o ponto de vista dos docentes captado neste estudo.

Quadro 6 – Categoria: caracterização da população alvo

(continua)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
Motivação	Desmotivados	Alunos frequentemente desmotivados para esse tipo de discussão, especialmente diante de abordagens pouco estimulantes	"pouca disposição para pensamentos mais profundos e uma formação que é essencialmente técnica, que não estimula esse tipo de atitude dos jovens médicos, de ser mais crítico, de se aprofundar." (P 04) "Uma aula expositiva, tradicional, eu acho que aí ele não vai ter motivação." (P 06)	17	23,9
	Dispostos a aprender	Alguns alunos apresentam predisposição natural para o tema enquanto outros podem ser conquistados pela forma de abordagem	"Eu acho que pode ser bem recebido dependendo do modo como você trabalha." (P 02) "Eu vejo que existe uma tendência natural de algumas pessoas a buscarem mais esses contextos de o que é mais certo, o que é errado, qual atitude tomar, qual a conduta que a gente vai tomar." (P 08) "Então, eu acho que a turma jovem é mais permeável. Quando eu fiz esse projeto [*referindo-se a discussões filosóficas no meio digital*], eu foquei neles. Por isso que eu passei a usar como principal instrumento de divulgação o *Instagram*." (P 04)	13	18,3

(conclusão)

Tema	Subtema	Descrição	Citação representativa	n	%
Formação prévia	Currículo insuficiente	Alunos que vêm de uma base curricular insuficiente, seja no ensino médio ou na graduação	"Bom, falo por mim, como quando fui acadêmica e quando fui residente, eu só fui ver bioética porque eu fiz um grupo" (P 01) "Para ter um aporte de ética, pelo menos uma leitura de conceito, eu avalio que teria que ter uma certa imersão em doutrinas. E isso, no meu modo de entender, não tem ocorrido." (P 10)	15	21,1
	Bagagem prévia	Alguma bagagem prévia a partir das próprias vivências	"Eu acho que assim, todo adulto, ele já tem algumas reflexões sobre o que é ética, assim, mesmo que ele não tenha feito isso de uma maneira muito estruturada." (P 15)	5	7,0
Assuntos concorrentes	–	Alunos dividem atenção com uma infinidade de assuntos que, frequentemente, lhes são mais atrativos	"Só que aí ocorre... entra um outro problema, que o pessoal já tá com a cabeça na prova de residência, não sei o que. Já não tá com paciência mais. Quer ir pro hospital ver os pacientes, ó, vazar. E aí é muito difícil introduzir isso [*referindo-se à filosofia*]." (P 15)	11	15,4
Imaturidade	–	Alunos frequentemente apresentam comportamento imaturo	"... como é que cê vai levantar discussões filosóficas aprofundadas com gente que tá fazendo *bullying* com o colega, né [*referindo-se a um caso relatado pela colega sobre bullying em sala de aula*]?" (P 14)	10	14,0
			Total	71	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A começar pelo tema motivação, encontramos nas entrevistas dois posicionamentos complementares: (i) alunos **desmotivados**, especialmente diante de abordagens não atrativas — "Uma aula expositiva, tradicional, eu acho que aí ele não vai ter motivação" (P 06) — e (ii) alunos **dispostos a aprender**, seja por predisposição individual — "aqueles que têm mais essa vocação [*para a discussão filosófica*]" (P 04) — ou por adesão diante de uma metodologia atrativa — "Eu acho que pode ser bem recebido dependendo do modo como você trabalha. Dependendo do modo como você trabalha. Porque, hoje, atrair aluno é uma coisa difícil" (P 02). O estudo de Marques (2017) aponta qualitativamente o desinteresse de estudantes universitários da geração Z pelo ensino tradicional, "essa coisa de professor falando e a gente escutando é uma coisa cada vez mais maçante" (A6 apud MARQUES, 2017, p. 121). A experiência do curso de filosofia da medicina relatada por Rudnick (2004) corrobora o desinteresse dos alunos por aulas tradicionais. Alguns estudos mostraram moderados escores de motivação em estudantes de medicina em escolas com metodologia ABP (AZEVEDO *et*

al., 2019; CADÊTE FILHO, PEIXOTO e MOURA, 2021), ou diante de métodos multimídia (GOBBI, 2021).

O tema **formação prévia** também se dividiu em dois subtemas. O primeiro deles aponta que os alunos vêm de um **currículo insuficiente**, o que é uma questão estrutural no ensino brasileiro, conforme discutido na seção 1.3. A formação prévia insuficiente limita o aprofundamento das discussões de caráter filosófico quando eventualmente propostas — "As pessoas, elas julgam que as coisas surgem do nada, tipo 'ah, é assim', mas não se sabe por que é assim, e aí fica difícil a formação médica mais científica sem essas bases filosóficas da epistemologia" (P 11). Apesar de um currículo formal inconsistente, os alunos possuem, sim, alguma **bagagem prévia**, frequentemente informal — "e muito vem de, assim, de uma educação dentro de casa, de conceitos religiosos [*referindo-se aos conceitos éticos*]" (P 01). O reconhecimento da bagagem prévia e da leitura de mundo do aluno é "a maneira correta que tem o educador de, *com* o educando e não *sobre* ele, tentar a superação de uma maneira mais ingênua por outra mais crítica de inteligir o mundo" (FREIRE, 2018, p. 120).

Os dois temas restantes trazem pontos que tendem a prejudicar a inserção do ensino de filosofia na formação médica. Os estudantes enfrentam uma pesada carga cognitiva ao longo da formação, usualmente bombardeados por **assuntos concorrentes**, sendo que aqueles de ordem imediatamente prática tendem a parecer mais atraentes — "E a dificuldade principalmente é a concorrência, podemos dizer assim, com provas de residência, com outras atividades, com outras coisas que ele quer focar mais no ensino" (P 06). Se a filosofia não for apresentada de forma a evidenciar sua importância, será fatalmente relegada a planos inferiores — "aquela disciplina que você vai matar para estudar coisa objetiva, para fazer aquela outra prova" (P 02).

Somado a isso, parte dos docentes manifestou preocupação com a **imaturidade** dos alunos — "o que eu percebo neles é um comportamento cada vez mais colegial" (P 04), "era uma turma pequena, de seis alunos, e eu nunca nem tinha me deparado com um *bullying* tão pesado em cima de uma aluna" (P 16). A imaturidade deve ser tratada dentro de um contexto, levando-se em conta, pelo menos: (i) o nível de desenvolvimento realmente esperado para estudantes tão jovens — visto que o adolescente e o adulto jovem ainda vivenciam etapas da maturação afetiva, cognitiva e moral (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2006); (ii) o contexto geracional — considerando que há diferenças marcantes entre as gerações e o comportamento da geração

anterior não pode ser levado como referência absoluta para avaliar a geração seguinte — e (iii) a forma como se dá o processo pedagógico diante desse contexto — ou o quanto o docente é capaz de captar e entender as verdadeiras necessidades do aluno. Talvez essa compreensão seja necessária a um ensino que propicie o amadurecimento intelectual e afetivo do aluno — "tendo em vista que a faculdade virou uma extensão do colégio, na grande maioria das vezes, a residência tem um papel na maturação desses jovens médicos cada vez mais importante" (P 04).

5.2.3 Barreiras a serem superadas

Essa categoria contém algumas barreiras a serem superadas para uma efetiva implantação da proposta curricular. Os temas encontram-se sumarizados no Quadro 7.

Quadro 7 – Categoria: barreiras a serem superadas

(continua)

Tema	Descrição	Citação representativa	n	%
Superficialidade da discussão	Superar a superficialidade com que têm sido realizadas as reflexões atuais	"Tá lá nos objetivos de aprendizagem de todas, todas as disciplinas da pediatria, discutir as questões éticas com os alunos, mas a gente não aprofunda tanto isso." (P 17) "Quer dizer, a vida é aquela licença provisória que a gente tem para respirar aqui embaixo, como dizia o Riobaldo Tatarana, mas ela atualmente tem um sentido reflexivo que eu vejo como muito superficial." (P 10)	16	30,7
Falta de formação do docente	Necessidade de melhorar a formação do docente para realizar discussão qualificada	"Mas eu confesso que, mesmo sendo uma facilitadora desse processo [*referindo-se a discussões sobre ética inseridas em TBL*], eu me sinto em defasagem, em termos de competência, enquanto docente, pra fomentar uma discussão mais qualificada, sabe?" (P 17) "Eu acho que os professores não estão preparados também para trazer esse tipo, muitas vezes, de dilema para uma discussão, porque a formação prévia desse professor não trouxe isso para ele" (P 05)	16	30,7
Dissociação entre teoria e prática	Sair de uma discussão dogmática para uma reflexão aplicada	"É um assunto muito no plano das ideias, pouco prático, né? Então os alunos não conseguem ver isso na prática, quando estão na faculdade. Então eu acho que isso também é uma dificuldade e dificulta a abordagem disso no dia a dia, assim, eu acho, entendeu? Então a gente também teria que ter bons métodos para tentar aplicar isso no dia a dia da medicina, porque eu acho que isso é muito separado, né?" (P 01)	14	26,9

(conclusão)

Tema	Descrição	Citação representativa	n	%
Dificuldade de educar o adulto	Vencer as dificuldades inerentes à educação do adulto	"Quando tiver já ser humano adulto, ou seja, médico formado com autonomia, ele vai ser mais difícil [*referindo-se à educação para reflexão*]. Não que seja impossível, mas mais difícil. Depois dele ter escolhido uma área de atuação. Quando ele está em formação, você consegue." (P 13)	6	11,5
		Total	52	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Em primeiro lugar, uma barreira no âmbito dos recursos humanos, que é a **falta de formação docente** especificamente para o ensino de filosofia no âmbito do curso médico. Os docentes médicos se sentem despreparados para uma discussão qualificada — "a gente não tá preparado nem um pouquinho pra passar isso adequadamente pros nossos alunos e pra conseguir fomentar essa parte toda" (P 18). A inserção de docentes com formação de base em filosofia, por outro lado, exigiria adaptação ao contexto médico. Uma terceira possibilidade seria a criação de uma disciplina com um docente com formação de base na área da saúde e outro com formação em humanidades, o que demandaria mais recursos da universidade.

Em segundo lugar, temos duas barreiras de cunho programático, quais são a **dissociação entre teoria e prática** e a **superficialidade da discussão** da forma como já foi feita em práticas prévias. Um ensino dogmático, ou fechado em teoria, acaba por se distanciar das aplicações reais e pode perder valor aos olhos do aluno — "Eu acho que isso [*discussão contextualizada*] é mais fácil até do estudante absorver, do que dizer, vamos aqui fazer uma aula sobre filosofia, vamos falar aqui dos pré-socráticos e tal" (P 04). Por outro lado, uma visão muito pragmática, ou uma redução da discussão ao fato concreto, acabaria por levar à fragilidade argumentativa e à superficialidade reflexiva — "Os alunos até podem ter alguma coisa no sentido que eu estou falando da palavra moral, que é o que eu vou fazer com o paciente, com a família do paciente. Mas o interesse, pelo si próprio, como eu me posiciono, é uma questão muito mais complexa [*referindo-se a uma discussão ética aprofundada*]" (P 09). O caminho do meio é o objetivo a se buscar.

Por fim, alguns participantes manifestaram preocupações com a **dificuldade de educar o adulto** — "Quando tiver já ser humano adulto, ou seja, médico formado com autonomia, ele vai ser mais difícil [*de se educar*]. Não que seja impossível, mas mais difícil" (P 13) —, até

mesmo questionando sua possibilidade — "as pessoas, nesse aspecto [*afetivo, reflexivo*], já vêm prontas. [...] porque você não educa adulto, você educa ali na educação primária, fundamental" (P 12). Consideramos que, em vista do contexto da fala e mediante a trajetória desses participantes na docência, o teor dessas afirmações é muito mais em direção à constatação de barreiras e dificuldades em vez da dita impossibilidade. Tomamos aqui as falas como um alerta às particularidades da educação do adulto em vez de inclinação a um niilismo pedagógico.

5.2.4 Fatores oportunizadores

Essa categoria trata dos fatores que propiciam o ensino de filosofia a partir de elementos já existentes no cenário de aprendizagem, porém nem sempre intencionalmente explorados. Alguns dos temas, mesmo que poucos citados, carregam um grande valor prático, conforme apresentaremos aqui. Os achados encontram-se sumarizados no Quadro 8.

Quadro 8 – Categoria: fatores oportunizadores

(continua)

Tema	**Descrição**	**Citação representativa**	**n**	**%**
Quebra de expectativas	Situações de *choque de realidade*, quebra de expectativas e quebra de conceitos pré-estabelecidos podem motivar a reflexão	"Trazer a pessoa [*referindo-se aos alunos*] um pouco pra realidade e ver que é muito fácil você tratar todo mundo de forma superficial, até que aquilo chega em você e te atinge" (P 01) "A gente tinha que trabalhar os desconceitos, a quebra de definições, porque os pacientes não chegam nunca encaixadinhos naquele processo." (P 02)	18	40,0
Profissionais inspiradores	Professores, tutores ou profissionais da assistência que motivam e inspiram os alunos ao aprofundamento reflexivo	"minha saúde coletiva – terceira – foi muito boa. E aí, puxa esse gancho: graças ao professor. Era um professor que não era médico, ele era sanitarista. Assim... uma pessoa sensacional." (P 16) "Mestres que, em especial um que foi esse que criou o grupo de bioética, que me fez realmente despertar para a medicina e entender realmente o que é a medicina e a responsabilidade de ser médico, né?" (P 01)	16	35,5
Atenção para oportunidades de discussão	Identificar situações práticas que demandem discussão	"quando ele [*referindo-se ao aluno*] começasse a ver os pacientes mesmo e ver essas situações na vida real, ter um... assim... focar com a preceptoria, focar com os preceptores, a necessidade de de dar atenção pra essas discussões, de treinar um pouco essas discussões." (P 18)	6	13,3

(conclusão)

Tema	Descrição	Citação representativa	n	%
Empatia	Empatia como motivador para discussão e reflexão	"É uma questão que você tem que pensar [*referindo-se a uma situação em que uma mãe solteira não pode deixar seu filho na creche pois ele está doente*]. E eu, como filha de mãe solteira e tal, já começo a pensar, né? [...] Se essa mãe vai deixar sua criança com alguém, com o vizinho, com o pai, com o cachorro, sozinho em casa, vai levar para o trabalho" (P 01)	3	6,6
Aluno como multiplicador	Alunos envolvidos podem atuar como divulgadores de ideias e captar novos interessados	"E esse grupo [*referindo-se a grupos de discussão*], eu acho que são sementes que vão sendo plantadas no *curriculum*, na formação dos médicos, e certamente eles vão ser divulgadores depois. Se são residentes, médicos, eles vão divulgando esse outro conhecimento para colegas, para a família, e vai chegando cada vez mais conhecimento da bioética, mais frequentemente, e vai divulgando o conhecimento" (P 13)	2	4,4
		Total	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Um dos temas mais citados, pelo qual iniciaremos, é a existência de **profissionais inspiradores**, capazes de motivar os alunos e provocar mudanças na forma de pensar — "ao longo da medicina eu tive professores, né, mestres que, em especial um que foi esse que criou o grupo de bioética, que me fez realmente despertar para a medicina e entender realmente o que é a medicina e a responsabilidade de ser médico" (P 01). Aproveitar a existência desses profissionais certamente propicia o ensino de filosofia, ou de qualquer que seja o assunto a ser ensinado. No entanto, não é possível consolidar uma proposta educacional na dependência total do talento individual de alguns docentes, sendo, portanto, fundamental tentar aprender com o modo de fazer desses profissionais.

O tema mais frequentemente citado foi o da **quebra de expectativas**. O espanto e o assombro são conhecidos fatores motivadores para o filosofar. A prática médica se mostra frequentemente desafiadora e provoca verdadeiros choques de realidade — "Então acho que a residência é um choque de realidade em vários aspectos, inclusive nesse, assim, de entender o que é a vida de um médico de verdade, né?" (P 01). Esses momentos podem ser aproveitados quando ocorrem espontaneamente — "O paciente te coloca em situações difíceis com muita facilidade. Te coloca o seu desconhecimento, o seu abismo, a sua impropriedade com as coisas, toda hora, todo dia" (P 12) —, mas também podem ser provocados, induzidos — "Eu tento falar, 'olha, isso é medicina, é difícil, tá vendo? [...] Medicina é isso que está nesse dilema aqui agora'. Então, eu acho que é isso, é tentar mostrar pra pessoa o real" (P 01). O

desconforto provocado pelas situações dilemáticas pode servir de desequilíbrio, ou seja, um desafio aos esquemas cognitivos prévios do aluno — insuficientes nesse momento para solução do dilema —, levando a uma reestruturação ou "equilibração majorante" — termo utilizado por Piaget, que representa a aquisição de novas habilidades após um desequilíbrio (CORRÊA, 2017). Nesse processo, a tomada de consciência, por parte do aluno, de sua hipossuficiência para resolução do problema é essencial, já que "a aprendizagem não ocorre sem que haja interesse próprio do indivíduo, no que o interesse é regulador de energia" (Ibidem, p. 382). Importante ressaltar que o desequilíbrio deve ter as medidas adequadas, uma vez que, se estiver muito distante da capacidade de assimilação do aluno, não haverá equilibração majorante, apenas manutenção do estado atual (Ibidem, p. 380). Isso dialoga com o conceito da ZDP de Vygotsky, apresentado anteriormente.

Por outro lado, temos as situações geradoras de **empatia**, que aparecem como possível fator motivador e engajante — "são experiências absolutamente profundas e marcantes para a vida" (P 10), "Dá para ver que existe essa demanda, as pessoas realmente querem falar sobre isso, então eles vêm e comentam sobre uma vivência própria da família dela, porque é muito mais fácil você sentir empatia por alguém que é da sua família" (P 08). Esse engajamento poderia ser direcionado para uma atitude de aprofundamento na reflexão. A literatura sobre a associação entre empatia, motivação e profundidade de estudos é escassa. Um estudo demonstrou associação entre motivação intrínseca para estudar medicina levando a maior empatia, mediada parcialmente por um modo de estudos mais aprofundado — reflexivo (PIUMATTI *et al.*, 2018). No entanto, não é possível, pelos achados do estudo, excluir a associação em outro sentido, isto é, da empatia levando a maior motivação intrínseca. É uma hipótese a ser mais explorada.

Nada disso será bem aproveitado se não houver **atenção para as oportunidades de discussão** — "que cada professor, preceptor, percebesse, estimulasse, colocasse e trouxesse alguma coisa [*diante da oportunidade de discussão*]" (P 02). Talvez os grandes profissionais inspiradores citados anteriormente reúnam, de forma bastante particular, a capacidade de usar, em algum grau, todos esses elementos.

Por fim, um dos objetivos finais de todo o processo de ensino é formar indivíduos perpetuadores do processo de ensino-aprendizagem. Aí surge a figura do **aluno como**

multiplicador dos conhecimentos apreendidos, capaz de disseminar o pensamento filosófico e atrair os colegas para participar da discussão.

5.2.5 Síntese da avaliação de necessidades específicas

Tomados os pontos apresentados até então, obtém-se a síntese das necessidades específicas de um curso de filosofia para graduandos e residentes tomados sob quatro pontos de vista: (i) ambiente de aprendizagem, (ii) população alvo, (iii) barreiras a serem superadas e (iv) fatores oportunizadores. Há que se ressaltar que as características aqui apresentadas ainda possuem certo caráter generalizante, de modo que a implementação do currículo proposto num cenário real exigirá levantamento das especificidades locais — como fatores socioculturais, econômicos, recursos materiais e recursos humanos, por exemplo — e realização de adaptações pertinentes. A síntese encontra-se representada pelo Quadro 9.

Quadro 9 – Síntese da avaliação de necessidades específicas

Ponto de vista	**Necessidades específicas**
Ambiente de aprendizagem	Adaptar o ambiente a uma união construtiva da teoria e da prática visando a uma formação crítica, priorizando a qualidade do ensino, fomentando o combate ao tecnocentrismo e ao preconceito epistêmico e formando agentes construtores de um sistema de saúde mais humanizado e atento às necessidades do usuário.
População alvo	Reconhecer as particularidades da geração promovendo um ensino baseado em metodologias atrativas e eficazes, valorizando a bagagem prévia do estudante como ponto de partida para o aprofundamento teórico e buscando sua maturação cognitiva e afetiva.
Barreiras a serem superadas	Capacitar os docentes para ensino de uma filosofia aplicada à medicina com aprofundamento adequado à população alvo, levando-se em conta os princípios da andragogia com foco na educação de adultos jovens.
Fatores oportunizadores	Reconhecer as oportunidades de aprendizagem presentes na prática diária e utilizá-las como fatores de desequilíbrio majorante para estimular o desenvolvimento reflexivo e formar estudantes interessados e multiplicadores do conhecimento.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

5.3 Objetivos de aprendizagem

Os objetivos de aprendizagem do curso serão apresentados como três metas — objetivos gerais — nomeadas de M1 a M3 e quatro objetivos específicos para cada meta, nomeados de OE1 a OE4, apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 – Objetivos de aprendizagem

METAS (OBJETIVOS GERAIS)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
M1: Valorizar os princípios do raciocínio ontológico no enriquecimento da compreensão de elementos da prática clínica	**OE1**: Reconhecer a existência de diferentes níveis de apreensão do ser e a possibilidade de erro ou ilusão
	OE2: Julgar o uso de sistemas categoriais na classificação de entidades clínicas
	OE3: Reconhecer a subjetividade como fator mediador do conhecimento do mundo, da caracterização das doenças e da avaliação clínica
	OE4: Reconhecer o médico e o paciente enquanto seres dotados de particularidades, sujeitos a determinantes externos, passíveis de falhas e capazes de buscar conjuntamente a superação de limitações
	OE5: Comparar diferentes definições de saúde-doença, bem como as bases teórico-argumentativas utilizadas para forjá-las
M2: Compreender princípios da epistemologia pertinentes a uma prática médica crítica e não discriminatória	**OE1**: Relacionar os tipos de conhecimento (religioso, artístico, filosófico, científico e senso comum) ao seu papel na construção da visão de mundo do paciente
	OE2: Comparar diferentes teorias de definição da ciência (falsificacionismo, teoria das revoluções científicas, anarquismo epistemológico por exemplo)
	OE3: Identificar as limitações do conhecimento científico e as dificuldades de sua aplicação na clínica (a incerteza, a complexidade, a extrapolação de resultados)
	OE4: Reconhecer o papel do médico como agente educador para o fortalecimento do lugar do paciente como sujeito do saber e para o combate da injustiça epistêmica
M3: Apreciar os princípios da teoria ética como fundamentação para a compreensão e o repensar da ação	**OE1**: Identificar o papel das virtudes para o agir ético dentro da prática médica
	OE2: Comparar propostas teleológicas e deontológicas na resolução de um problema ético
	OE3: Construir uma proposta prescritiva para a solução de um dilema ético
	OE4: Reconhecer o papel do diálogo entre as partes no encontro de uma saída ética para um dilema

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

As metas representam objetivos amplos, relacionadas, cada uma delas, com uma das grandes áreas da filosofia que pretendemos abordar: (i) ontologia, (ii) epistemologia e (iii) ética. Os objetivos específicos tratam de pontos considerados fundamentais em cada uma das áreas, que sejam relevantes, que dialoguem de algum modo com a prática médica e que abarquem os principais pontos levantados pelos docentes ao longo das entrevistas, ou que estejam expressos de forma relevante na literatura. Para atingir os objetivos específicos do currículo, o aluno terá que adquirir, necessariamente, algumas competências e habilidades, explicitadas adiante.

5.3.1 M1 e a ontologia

As primeiras preocupações filosóficas da humanidade foram ontológicas, com os pré-socráticos investigando a natureza da *physis* — o princípio das coisas. Por esse motivo, elegemos iniciar o curso com as discussões ontológicas. A primeira meta representa a intenção de apresentar ao aluno as possibilidades de um raciocínio ontológico que questione a natureza daquilo que se conhece. Para o OE1, esperamos que o aluno entenda as limitações dos sentidos para conhecer, estando sujeitos a erros e ilusões, de modo que o uso da razão será um elemento necessário à tentativa de apreender a natureza das coisas. A leitura da alegoria da caverna, de Platão, serve como fundamento filosófico para essa discussão. Logo, espera-se que o aluno adquira alguma capacidade de fazer uma leitura filosófica — atenta, crítica e sem pressa. O OE2 exigirá que o aluno reconheça os princípios dos sistemas categoriais — como protótipo temos o aristotélico — e entenda os prós e contras de utilizá-los para caracterizar um ente. O aluno deve perceber que muitos dos sistemas e critérios diagnósticos que utilizamos guardam relação com esse tipo de sistema filosófico. Esse exercício depende das habilidades de compreender um texto didático — ou fragmentos da obra original — e confrontar uma proposição teórica com sua aplicação prática. O OE3 depende do aprendizado de princípios de concepções ontológicas contemporâneas — com foco na subjetividade como fator mediador do conhecimento das coisas — além da correlação com o papel da subjetividade na prática médica — na anamnese, na caracterização de sintomas psíquicos ou na abordagem da dor, por exemplo. O OE4 é resultado de um exercício de reconhecimento de si enquanto ser — médico/médica — que interage com outro ser — paciente —, dotados de similaridades e diferenças, em busca de objetivos comuns. Esse objetivo demanda competências afetivas de autoconhecimento e alteridade. O OE5 implica uma das mais

importantes reflexões ontológicas em medicina, que é acerca das definições de saúde e doença. Longe de fechar a questão, esperamos que o aluno tome conhecimento das sutilezas e complexidades presentes nas definições em aberto.

5.3.2 M2 e a epistemologia

Enquanto a ontologia se volta à natureza das coisas, a epistemologia trata do próprio ato de conhecer e seus limites. Parece, portanto, uma continuidade possível: partir da ontologia e seguir para a epistemologia. Essa meta é uma resposta ao tecnicismo acrítico e preconceito epistêmico vigentes. Para atingir o OE1, o estudante precisa compreender que há uma pluralidade de modos de conhecimento e que cada um deles tem um papel dentro da construção da visão de mundo do sujeito. Está implícito nesse objetivo que haja alguma discussão sobre o que é conhecimento. O OE2 já depende da capacidade do aluno de tomar conhecimento de elementos básicos de alguns sistemas, ou teorias, e confrontá-las. Aqui foram citadas, a título de sugestão, teorias de Karl Popper, Thomas Kuhn e Paul Feyerabend, todas ainda muito relevantes, mas outras teorias podem e devem ser adotadas. Para atingir o OE3, espera-se que o estudante já esteja mais familiarizado com o modo de construção da ciência e consiga apontar inconsistências, o que indica aquisição de uma capacidade de análise. Por fim, o OE4 dependerá do entendimento do conhecimento como instrumento de poder, cabendo ao médico empoderar o seu paciente, colocando-o em posição de protagonismo. Esse objetivo implica uma competência ética sobre o uso do saber.

5.3.3 M3 e a ética

A última meta trata da ética, questão de grande complexidade e da maior aplicabilidade, tratada por último por se esperar que, nesse ponto, o estudante já possua maior consistência em suas habilidades filosóficas. O M3 reflete a necessidade de se entender a ética com o sentido de saber prático, dotado de um fim, não mera teoria. O sucesso do OE1 dependerá do estudo de um sistema ético baseado em virtudes e da capacidade de aplicação ao contexto da prática médica. Subjaz a esse objetivo alguma discussão sobre a finalidade da prática médica. Para o OE2, espera-se o conhecimento de sistemas éticos distintos, a comparação de aplicabilidade e a capacidade de argumentação acerca das vantagens e desvantagens de cada um deles diante do mesmo contexto prático. O OE3 exige do aluno a capacidade de construir uma lei ou prescrição ética diante de um contexto específico, devendo, para isso, se pautar nos

conhecimentos e habilidades adquiridos até então. Pode ser extensão desse objetivo a capacidade de tecer autocrítica ao resultado de sua lei e criticar as leis desenvolvidas pelos colegas de forma construtiva. Para atingir o OE4 o estudante deverá compreender uma proposta ética pautada no diálogo, que na clínica aparece, por exemplo, na decisão compartilhada. Aqui propomos, a título de sugestão, a discussão da teoria ética de Habermas.

5.4 Estratégias educacionais

Proporemos três tipos de estratégia educacional para atingir os objetivos estabelecidos anteriormente. A primeira consiste em uma disciplina curricular isolada para um semestre letivo com aulas semanais de duas horas de duração. Cada aula visa contemplar um dos objetivos estabelecidos no item anterior. A segunda consiste num modelo de reuniões didáticas a ser realizada periodicamente nos contextos de prática — internatos e residência médica. A terceira consiste na longitudinalização curricular.

5.4.1 Disciplina curricular isolada

O conteúdo programático para uma disciplina curricular de iniciação à filosofia encontra-se sumarizado no Quadro 11. Cada aula parte de um problema motivador, a ser discutido entre os alunos sob orientação do professor. A opção por não descrever um problema específico, mas um tipo de problema, se deu como forma de permitir a adaptação ao contexto local, o que torna cada problema ainda mais relevante. É importante que o docente tenha a liberdade de selecionar a modalidade de apresentação de problema que melhor se encaixe no próprio contexto de ensino — seja por meio de recursos audiovisuais, textos, relatos, obras de arte, rodas de compartilhamento de vivências etc. Como suporte teórico à discussão, sugerimos um material de apoio — descrito mais detalhadamente no APÊNDICE G. Ressalta-se que o material de apoio é sugestão de uma das abordagens possíveis, sendo que indicamos textos básicos relacionados à tradição filosófica, mas também textos mais contemporâneos de filosofia da medicina. É importante que o docente identifique a bagagem prévia dos alunos e escolha dois ou três dos mais pertinentes, de modo que o curso possa transitar de um letramento filosófico inicial — para as turmas mais iniciantes — a uma introdução à filosofia da medicina — para turmas com maior conhecimento prévio. Apontamos também habilidades e competências que permeiam a atividade didática, conteúdos e conceitos a serem frisados na discussão e estratégias de ensino.

Quadro 11 – Estratégias educacionais

(continua)

Problema 1: As coisas são o que parecem ser? (M1 – OE1)		
Problema motivador:	Situação que explore mudança de perspectiva causadas pelo estudo da medicina, de uma visão simplificada da aparência para uma visão mais aprofundada em busca da essência (um membro que passa a ser visto como estrutura complexa após estudo da morfologia; uma pinta que passa a ser vista como neoplasia benigna ou maligna após estudo da dermatologia; a loucura que passa a ser vista como doença mental com estrutura própria etc.). Podemos conhecer as coisas de fato apenas pela observação? Podemos nos aproximar de uma essência das coisas?	
Material de apoio:	Alegoria da Caverna – Platão, Livro VII de *A República*, trecho selecionado. Artigo de comentário.	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir e problematizar - Ler um texto filosófico	- Conhecimento sensível e inteligível - Ilusão - Pedagogia da Caverna	- ABP modificada
Problema 2: Como podemos começar a conhecer e definir algo? (M1 - OE2)		
Problema motivador:	Caracterização de uma doença já conhecida pelos estudantes (podendo ser uma gripe para os mais iniciantes, ou um infarto do miocárdio para os mais avançados, p. ex.). Por que uma doença pode ter manifestações tão diferentes e ainda ser a mesma doença? Como podemos classificar e caracterizar essa doença? Quais características devemos levar em conta? Quais características são necessárias? Quais podem variar?	
Material de apoio:	Texto didático sobre o sistema metafísico de Aristóteles. Texto de filosofia da medicina (categorias diagnósticas)	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Comparar, compreender e aplicar - Ler um texto instrucional ou comentário de filosofia	- Ato e potência - Essência e acidente - Causas - Categorias diagnósticas	- ABP modificada
Problema 3: Como conhecer o que não se pode ver, pesar ou medir? (M1 - OE3)		
Problema motivador:	Explorar a caracterização de uma doença ou sintoma por meio do relato único do paciente (dor, dispneia, tristeza, psicose etc). Quando a subjetividade é mais importante do que a objetividade? É possível ter conhecimento objetivo da realidade subjetiva? É necessário?	
Material de apoio:	Trechos sobre Kant e sobre o surgimento da fenomenologia. Textos de filosofia da medicina (dor, fenomenologia)	

(continua)

Problema 3: Como conhecer o que não se pode ver, pesar ou medir? (M1 - OE3)		
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir e problematizar - Pesquisar referenciais filosóficos	- Subjetividade e objetividade - Número e fenômeno - Fenomenologia	- ABP modificada
Problema 4: Médicos e pacientes são feitos da mesma coisa? (M1 - OE4)		
Problema motivador:	Em um cenário de consulta, um médico e um paciente com uma doença desconhecida. O médico cheio de dúvidas, medos, inseguranças, problemas pessoais. O paciente desolado, desconfiado, incerto sobre seu futuro. O que os aproxima enquanto seres? O que os diferencia? O que podem conseguir juntos?	
Material de apoio:	Perspectivas fenomenológico-existencialistas de Heidegger e Sartre. Texto de filosofia da medicina (humanismo médico)	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir sobre si - Reconhecer-se no outro	- Existência e essência - Ser-aí - Responsabilidade	- ABP modificada (pode usar *role play* como forma de introduzir o problema)
Problema 5: Que é saúde? Que é doença? (M1 - OE5)		
Problema motivador	Explorar a reação de um paciente ao receber diagnóstico de uma doença crônica assintomática? (p. ex. hipertensão arterial). Ele não sente nada, por que está doente? Após o diagnóstico de uma doença incurável, ele nunca mais terá saúde? O que é saúde então? O que é doença?	
Material de apoio	Concepções diversas de saúde e doença. Concepção filosófica de Canguilhem. Texto de filosofia da medicina (concepções contemporâneas de saúde e doença)	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir e problematizar - Definir e conceituar - Comparar	- Conceitos filosóficos, biomédicos e multiculturais de saúde e doença	- ABP modificada
Problema 6: A ciência é pau pra toda obra? (M2 - OE1)		
Problema motivador:	Explorar situações em que diversos tipos de conhecimento são necessários e para as quais não há resposta científica (Deus existe? Que Ele quer de nós? Como vou organizar os móveis da casa? Que roupa vou usar hoje?). O quanto esses tipos de conhecimento influenciam na vida do paciente? A ciência é superior ao senso comum? Como a ciência pode ajudar a melhorar uma vida que, até então, se pautou em outros saberes?	
Material de apoio:	Análises críticas sobre ciência e senso comum e outros tipos de conhecimento	

(continua)

Problema 6: A ciência é pau pra toda obra? (M2 - OE1)		
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir e problematizar	- Tipos de conhecimento (científico, senso comum, religioso, filosófico, artístico)	- ABP modificada
Problema 7: O que é a ciência afinal? (M2 - OE2)		
Problema motivador:	Situação de discussão da delimitação do que é a ciência e como ela opera. Qual é a sustentação lógica da ciência? Como ocorrem as novas descobertas? Existe um modo específico de funcionamento da ciência?	
Material de apoio:	Algumas teorias de demarcação da ciência	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Analisar, comparar	- Falsificacionismo - Teoria dos paradigmas - Anarquismo epistemológico	- ABP modificada - Obs: podem se separar em grupos e cada grupo estuda uma teoria para a próxima aula
Problema 8: A ciência vai funcionar agora? (M2 - OE3)		
Problema motivador:	Explorar a aplicabilidade do uso de resultados de grandes estudos para tratar um paciente específico. Qual a sustentação lógica dos resultados desse estudo? Há garantias de que usar esse tratamento trará benefício para o paciente? Os resultados se aplicam ao meu paciente?	
Material de apoio:	Críticas sobre a indução. Textos críticos sobre interpretação de resultados de estudos randomizados (visão da filosofia da medicina e de teóricos da medicina baseada em evidências)	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Julgar, correlacionar	- Complexidade, incerteza - Extrapolação de resultados	- ABP modificada
Problema 9: Eles informam mal ou nós não ouvimos bem? (M2 - OE4)		
Problema motivador:	Apresentar situação de descrédito ou discriminação das informações fornecidas por um paciente por sua visão de mundo, contexto sociocultural, linguagem, sexo, etnia ou outros fatores. Estamos preparados para receber igualmente as informações fornecidas pelo paciente e seus acompanhantes sem qualquer viés discriminatório? Os pacientes com baixo nível de educação formal informam mal? Qual o papel do médico diante desse contexto?	
Material de apoio:	Trechos de *Injustiça Epistêmica* (Fricker), medicina narrativa (sob a visão da filosofia da medicina), texto sobre educação em saúde	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir e problematizar - Exercitar autocrítica	- Injustiça epistêmica - Biopoder - Educação em saúde - Revisão do módulo	- Aula dialogada

(continua)

Problema 10: O que é necessário para ser um bom médico? (M3 - OE1)		
Problema motivador:	Apresentar dilema ético que dependa do julgamento e bom senso do médico para tomada de decisão. Quais são as características necessárias para decidir bem? Quais são as virtudes de um médico ético? Basta ter virtudes para agir eticamente? É possível desenvolver a ética?	
Material de apoio:	Visões filosóficas sobre virtude (trechos de Aristóteles, MacIntyre), bioética principialista (Beauchamp) e crítica ao principialismo	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Refletir, problematizar e aplicar	- Ética das virtudes - Bioética principialista	- ABP modificada
Problema 11: Saúde não tem preço ou saúde para todos? (M3 - OE2)		
Problema motivador:	Propor situação em que se confrontam princípios (p. ex: gastar muitos recursos para prolongar uma vida tratando doença rara versus tratar muitos pacientes com doença cardiovascular). A preservação da vida é um princípio absoluto? É melhor tentar beneficiar um maior número de pessoas? Em situações de recursos limitados, como se deve proceder?	
Material de apoio:	Fragmento de *Crítica da Razão Prática* (Kant); fragmentos de Stuart Mill. Texto de revisão das grandes teorias éticas	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Analisar, comparar, argumentar	- Éticas teleológicas - Princípio da Máxima Felicidade - Éticas deontológicas - Imperativo categórico	- Júri simulado: um grupo defende cada proposta - Reunião de fechamento após estudos individuais
Problema 12: De onde vêm as regras? (M3 - OE3)		
Problema motivador:	Expor situação polêmica atual (p. ex: publicidade médica, promessa de resultados, uso de redes sociais por médicos, erro médico). Como seria a criação de um novo artigo para o código de ética a respeito desse problema específico?	
Material de apoio:	Código de ética médica (CFM)	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Criar, argumentar, julgar, criticar	- Código de ética profissional	- Dois grupos, cada um cria um artigo. Os grupos trocam os artigos e fazem críticas/defesas de seus artigos. Devem tentar embasar filosoficamente

(conclusão)

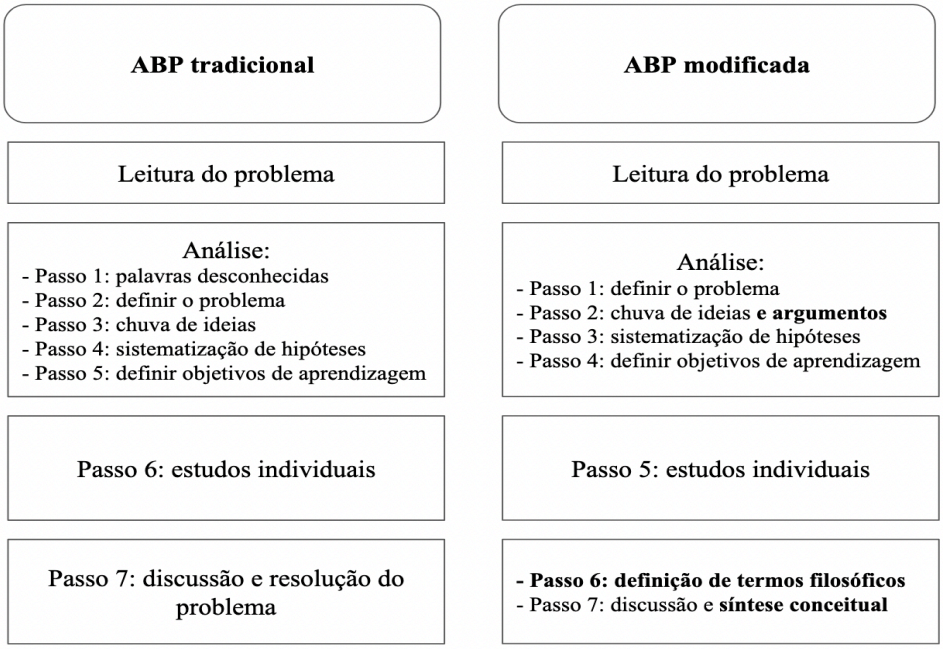
Problema 13: Há uma ética que agrada a todos? (M3 - OE4)		
Problema motivador:	Situação de dilema envolvendo decisão compartilhada com possíveis conflitos de interesses entre as partes (p. ex: médico pressionado a prescrever tratamento padrão e familiares desejando tratamento experimental caro não coberto pelo plano). É possível uma decisão ética com interesses em certa medida conflitantes? O que é necessário para uma deliberação justa?	
Material de apoio:	Textos sobre as propostas éticas de Habermas e Diego Gracia. Contribuições da bioética brasileira	
Habilidades e competências	**Conteúdos e conceitos**	**Estratégia de ensino**
- Argumentar, expor conflitos de interesse, exercitar empatia	- Ética do discurso - Ética deliberativa	- Aula dialogada - Revisão do módulo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

As estratégias de ensino sugeridas contemplam metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A mais recorrentemente indicada é o que chamamos aqui de ABP modificada — para o ensino de filosofia — Figura 3. A primeira adaptação foi a transposição do Passo 1, que trabalharia palavras desconhecidas advindas da leitura do problema, transformando-o em Passo 6 — definição de termos filosóficos provenientes da leitura individual. A razão é que o problema em si deve conter raros termos técnicos desconhecidos ao aluno, sendo essa etapa mais bem aproveitada após a fase de estudos individuais, quando o estudante se depara com os termos filosóficos de fato, e estes precisam ser bem compreendidos — dentro do contexto específico daquele autor ou tradição filosófica — para adequado entendimento do texto. A segunda modificação enfatiza que a chuva de ideias deve dar atenção especial aos argumentos dos alunos, pois a argumentação é condição ao exercício do filosofar. Por fim, o Passo 7 torna-se momento de elaboração de uma síntese da discussão e elaboração de conceitos — lembrando aqui a proposta de Gallo (2012). Destacamos que o conceito é construto em aberto, não havendo expectativa de uma resolução definitiva do problema.

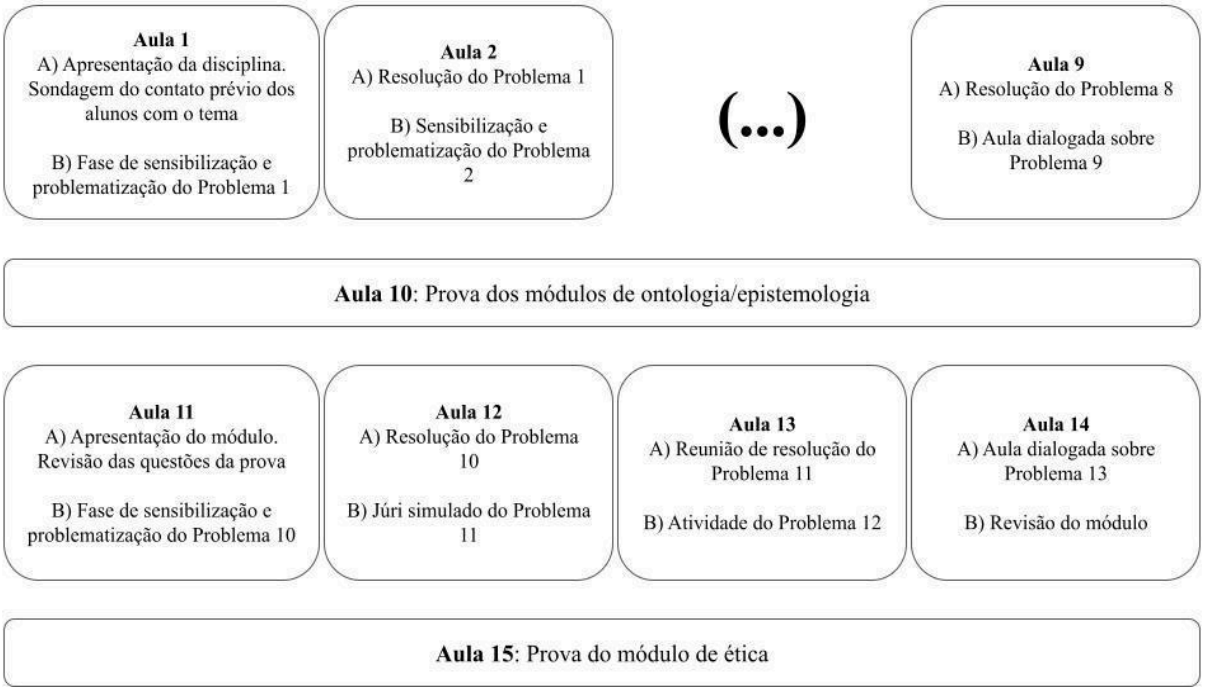
A disciplina foi elaborada para uma carga horária de 30 horas-aula, incluindo dois encontros para avaliação. A representação esquemática do cronograma da disciplina encontra-se na Figura 4.

Figura 3 – Modificações sugeridas para ABP



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024

Figura 4 – Cronograma sugerido para o curso



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A avaliação da disciplina pode ser dividida em prova teórica e avaliação de participação e engajamento — os "pontos de conceito" —, esta última baseada em: (i) assiduidade, (ii) interesse demonstrado nas discussões, (iii) qualidade da discussão com os colegas, (iv) qualidade da argumentação e (v) domínio do conteúdo nos encontros de resolução do problema, dentre outros possíveis aspectos a serem definidos pelo docente. A respeito da prova teórica, parece ser a melhor opção uma avaliação discursiva com poucas questões-problema — uma ou duas questões por módulo —, de maneira a permitir que o aluno expresse seu modo de pensar através dos argumentos utilizados. A avaliação deve ter caráter formativo, ajudando a corrigir desvios do processo de ensino-aprendizagem e permitindo melhor aproveitamento do curso. Embora as questões discursivas padeçam da dificuldade de padronização de correção, alguns instrumentos podem ajudar nesse aspecto, possibilitando uma avaliação justa para todos os alunos. Uma das possibilidades de padronização é a rubrica de correção (BIAGIOTTI, 2005). Sugerimos no Quadro 12 um modelo de rubrica para correção de questão dissertativa em filosofia.

Quadro 12 – Rubrica para correção de questão aberta

Conteúdo	**Lógica argumentativa**	**Clareza do texto**
Faz proposições relevantes com conceitos filosóficos explícitos (10 pontos)	Apresenta os argumentos com estrutura logicamente válida (10 pontos)	Texto claro e sem inconsistências linguísticas (5 pontos)
Faz proposições relevantes, mas os conceitos filosóficos estão implícitos (7,5 pontos)	Apresenta argumentos com pequenas inconsistências lógicas que não prejudicam a ideia central (7,5 pontos)	Pequenas inconsistências linguísticas que não prejudicam a compreensão (3 pontos)
Faz proposições baseadas predominantemente em opinião, mas coerentes e pertinentes ao tema (5,0 pontos)	Apresenta argumentos com inconsistências lógicas maiores, mas ainda é possível identificar a ideia central (5,0 pontos)	Apresenta inconsistências linguísticas maiores, mas ainda é possível compreender a maior parte do texto (1 ponto)
Não faz proposições pertinentes ao tema (0 pontos)	Não há estrutura logicamente válida nos argumentos (0 pontos)	Texto com grandes inconsistências linguísticas, sendo inviável a interpretação (0 pontos)
		Total = 25 pontos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A decisão do momento ideal para inserir a disciplina isolada na grade curricular de um curso de medicina é difícil. Consideramos que o momento ideal para uma disciplina em sala de aula

seja quando os alunos já possuem alguma experiência prática com a qual possam contextualizar os temas discutidos, mas ainda tenham tempo e receptividade para discussão teórica. O terço inicial do curso, em geral, concentra as disciplinas que constituem a base científica da medicina — morfologia, fisiologia, farmacologia etc. Embora as faculdades venham ofertando cada vez mais experiências precoces de contato com pacientes, os alunos do terço inicial do curso ainda possuem pouca vivência clínica. O terço final do curso, por outro lado, concentra os internatos, com grande vivência prática, porém com menor espaço para inserir disciplinas teóricas. Pesa também o fato de ser uma fase em que se iniciam as preocupações com os concursos de residência médica, inserção no mercado de trabalho, o que poderia reduzir a receptividade para uma nova disciplina. Dessa forma, consideramos o segundo terço do curso como momento mais propício.

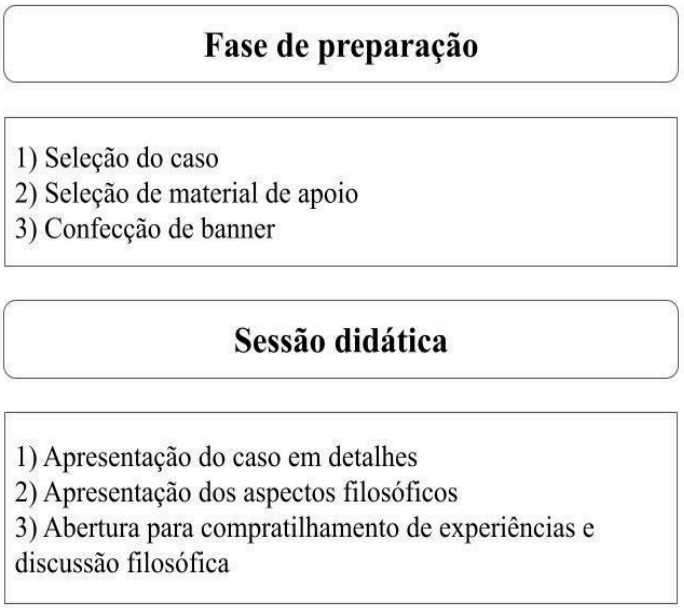
Diversas questões de ordem prática podem se sobressair em relação aos argumentos apresentados, tornando inviável a inserção da disciplina no momento sugerido. Dessa forma, propomos adaptação da disciplina para sua execução no primeiro terço do curso. Para viabilizar essa mudança, é necessário que o docente insira exemplos mais ricos, por meio de relatos detalhados, vivências práticas, recursos audiovisuais, *role play*, de modo a permitir que o aluno "sinta na pele" o problema apresentado antes de se iniciar a discussão. A exploração atenta e sem julgamentos das incipientes experiências clínicas dos alunos — atendimentos que já observaram como alunos, pacientes ou acompanhantes — podem ajudar na contextualização.

Para trabalhar com os alunos dos internatos, bem como com médicos residentes, sugerimos outro formato de discussão, descrito a seguir.

5.4.2 Sessões didáticas em cenário prático

A fim de possibilitar inserção da discussão filosófica nos cenários práticos — residência médica e internatos — sugerimos um modelo de sessões didáticas periódicas para discussão de temas a partir de casos atendidos pelos estudantes, representado na Figura 5. O modelo de sessões didáticas permite tempo e espaço protegidos para uma discussão mais aprofundada, ao mesmo tempo em que resgata as vivências dos casos atendidos, analisando-as sob nova perspectiva.

Figura 5 – Modelo de organização das sessões didáticas periódicas



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A fase de preparação é crucial para que as sessões atinjam, ao menos parcialmente, os objetivos de aprendizagem descritos no item 5.3. O docente, em conjunto com um aluno — ou grupo de alunos —, deve escolher um dos casos atendidos pelo aluno/grupo que contenha algum dilema de natureza filosófica — ontológico, epistemológico ou ético. Os temas naturalmente serão selecionados de acordo com oportunidade, ou disponibilidade, perdendo-se em sistematicidade do currículo. No entanto, acreditamos que, dada a frequência dos dilemas e nuances da prática clínica, é possível que o docente atento capte questões muito variadas ao longo das sessões. Não há pretensão de cobrir todos os temas, mas a criatividade permitirá que sejam cobertos vários temas. Ressalta-se que, mais importante do que cobrir tópicos, é o ensino da forma de pensar.

Após selecionado o caso, o docente orientará o aluno/grupo apresentador a respeito de possibilidades filosóficas de abordagem do tema. Uma vez definida a abordagem, o aluno/grupo estudará o caso sob essa perspectiva filosófica. A fim de obter melhor participação da plateia, deve ser confeccionado *banner* — preferencialmente digital — que contenha data, hora e local da sessão, uma vinheta do caso a ser apresentado, o principal questionamento filosófico e algumas sugestões de leitura.

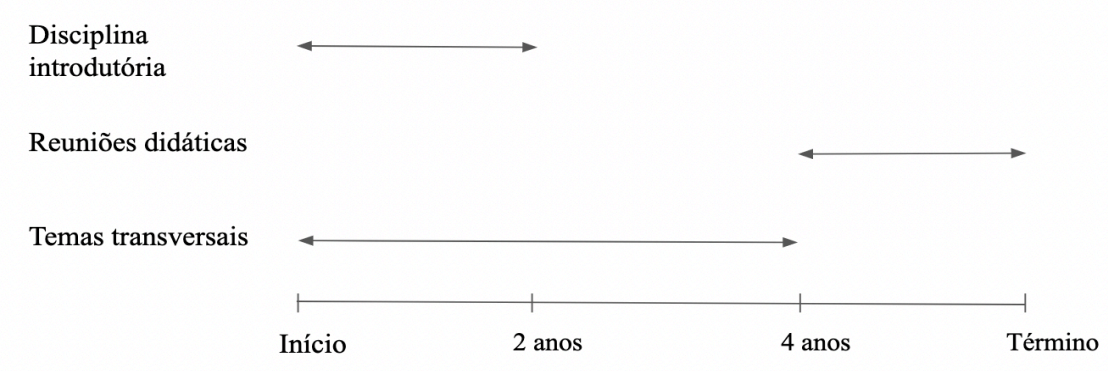
O aluno pode utilizar-se de recursos audiovisuais conforme sua preferência e apresentar o caso em detalhes, explicitando sua perspectiva subjetiva e expondo os questionamentos filosóficos. Em seguida, deve ser feita breve exposição da perspectiva filosófica escolhida e as correlações feitas com o caso. Após a apresentação, abre-se a palavra para que a plateia compartilhe experiências, ideias, reflexões e argumentos. A presença de convidados especialistas em determinada corrente filosófica pode enriquecer as reuniões.

A periodicidade das reuniões deve ser definida com base na realidade local. Enquanto reuniões muito frequentes podem saturar rapidamente a plateia, reuniões espaçadas demais terão pouco valor formativo. Com isso, acreditamos que reuniões mensais possam ser adequadas a fornecer algum grau de formação sem que se perca o interesse e a assiduidade dos ouvintes/debatedores. Esse tipo de estratégia didática poderia ser avaliado com base na assiduidade, na qualidade da participação nos encontros e na apresentação do aluno — ou grupo —, pontuando dentro de alguma outra disciplina à qual as reuniões estejam ligadas.

5.4.3 Longitudinalização curricular

Citada pelos participantes deste trabalho como estratégia preferencial para ensino, a inserção longitudinal de temas filosóficos no currículo é a mais desafiadora. São esperadas forças de resistência por parte das instituições, pelos docentes e pelos alunos. Talvez a resistência venha, em grande parte, do preconceito epistêmico presente nos ambientes universitários. Supondo o vencimento da resistência inicial, encontra-se na Figura 6 uma representação esquemática da distribuição das estratégias educacionais ao longo do currículo.

Figura 6 – Proposta de longitudinalização curricular



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Tratando-se de uma proposta de longitudinalização, modificamos o momento de inserção da disciplina curricular, de modo que essa seja ministrada no primeiro terço do curso e sirva de base para as discussões subsequentes. As reuniões didáticas continuam bem inseridas no terço final do curso, quando se concentram os internatos. Nos dois primeiros terços do curso, sugerimos como estratégia a inserção de temas transversais em disciplinas curriculares preexistentes. Não se trata de substituir o conteúdo por filosofia, mas refinar a discussão já pertencente às diversas disciplinas. Consta no APÊNDICE H uma série de sugestões de temas para serem discutidos em disciplinas de ciências básicas e disciplinas clínicas. O maior esforço necessário será pela capacitação do docente para conduzir essas discussões. Porém, considerando-se que os temas transversais sejam todos aplicados às respectivas disciplinas, é de se esperar que os docentes se interessem por essa capacitação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, por meio das entrevistas e análise de literatura, corrobora a hipótese de que o ensino de filosofia pode contribuir para a ampliação das habilidades e competências cognitivas e atitudinais dos novos médicos. O sucesso dessa ideia, no entanto, depende do estabelecimento de uma proposta curricular bem desenhada. Os desafios dessa construção são vultuosos. Cada uma das etapas da elaboração curricular abre margem para muitos questionamentos e discussões, não sendo possível solidificar perfeitamente cada um dos passos antes de se passar ao próximo — "feito é melhor que perfeito". Há que se buscar o equilíbrio entre o aprofundamento possível e a amplitude necessária; aprofundamento este que determina o quão exaustivamente se discute cada um dos tópicos da elaboração curricular e amplitude que determina quais serão os tópicos estudados — ambiente de aprendizagem, desafios, caracterização da população alvo, estratégias educacionais etc.

A proposta aqui apresentada abordou os aspectos mais importantes do desenho curricular. Apresentamos uma avaliação de necessidades gerais bem fundamentada por meio de dados qualitativos triangulados com revisão da literatura. A avaliação de necessidades específicas teve, de certa forma, caráter generalizante, visto que não estudamos um caso concreto — como seria a implementação de uma disciplina numa faculdade específica, por exemplo. No entanto, os dados apresentados podem facilitar e orientar a implementação do nosso currículo num cenário real. Infelizmente, por questão de factibilidade, não foi possível entrevistar estudantes ou residentes. Tentamos nos aproveitar dos dados disponíveis na literatura, da visão captada dos docentes aqui entrevistados — que, em última análise, também são e foram alunos —, mas frisamos essa lacuna persistente. Caso esta proposta venha a ser implementada, é fundamental que os atuais alunos ou residentes sejam ouvidos e os ajustes pertinentes sejam realizados.

Os objetivos de aprendizagem descritos são claros e nos parecem factíveis. Eles carregam uma visão introdutória sobre ontologia, epistemologia e ética no que diz respeito a suas possíveis aplicações no pensar médico. Existem muitas formas de percorrer cada um desses vastos campos filosóficos. O caminho que escolhemos objetiva uma introdução geral que habilite o estudante a enfrentar a literatura específica da filosofia da medicina — por vezes bastante espinhosa para os navegantes de primeira viagem. Ainda, as estratégias educacionais escolhidas estão em consonância com as tendências educacionais contemporâneas, buscando

um processo de ensino-aprendizagem ativo. Entendemos que não cabe mais a visão de que os alunos "precisam" aprender porque o conteúdo é "muito importante". O aprendizado será mais efetivo se houver conteúdo relevante com apresentação atrativa. Escolhas estéticas são importantes. Diante dos cenários práticos, permanece a dificuldade de se implementar uma disciplina dessa natureza. Buscamos uma adaptação possível, ainda que esta não possa cumprir todos os objetivos do currículo.

Por fim, sugerimos sucintamente estratégias longitudinais para inserção de temas filosóficos ao longo de uma graduação médica. Evidentemente, trata-se de uma ideia inicial que precisa ser explorada com mais rigor diante de uma possível tentativa de longitudinalizar a formação filosófica num cenário real. Frisamos, ainda assim, que esta proposta é mais detalhada e possui embasamento mais extensivamente explorado do que aquelas que encontramos na literatura até o momento. No entanto, ainda é preciso que passe pelo crivo da realidade e seja posta em prática, o que permitirá seu aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 6. Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012. 1210 p.

ABIM FOUNDATION. **Unnecessary tests and procedures in the health care system**. Filadélfia: PerryUndem, 2014. Disponível em <https://www.choosingwisely.org/files/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf>. Acesso em 27 de outubro de 2023.

ABIM FOUNDATION. **Communication about overuse with vulnerable populations**. Filadélfia: [s.n.], 2019. Disponível em <https://www.choosingwisely.org/files/Communicating-About-Overuse-to-Vulnerable-Population_Final2.pdf>. Acesso em 27 de outubro de 2023.

AFTAB, A.; GHAEMI, S. N.; STAGNO, S. A didactic course on philosophy of psychiatry for psychiatry residents. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 42, n. 4, p. 559-563, 2017.

ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Revista Millenium**, [S.l.], n. 25, n.p.

ALVES, R. **Filosofia da ciência:** introdução ao jogo e a suas regras. 19. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015. 238 p.

AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JÚNIOR, A. C. de C. Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 14-28, 2018.

ANPOF. Associação Nacional de Pós-graduação em Filosofia, [s.d]. Histórico da ANPOF. Disponível em <https://www.anpof.org/anpof/historico-da-anpof>. Acesso em 21 de setembro de 2023.

APPLEBY, B. S. Should we be teaching philosophy to psychiatrists-in-training? **Academic Psychiatry**, Washington, v. 31, n. 3, p. 246-247, 2007.

ANTISERI, D.; REALE, G. **Filosofia**. São Paulo: Paulus, 2017. v. 1-3

AYRES, J. R. C. M. *et al*. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 455-463, 2013.

AZEVEDO, P. T. Á. C. C. D. *et al*. Motivação intrínseca do estudante de Medicina de uma faculdade com metodologia ativa no Brasil: Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 12-23, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5. Ed. Lisboa: Edições 70, 2018. 281 p.

BERCOVITCH, L.; LONG, T. P. Ethics education for dermatology residents. **Clinics in Dermatology**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 405-410, 2009.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford: Oxford University Press, 2019.

BHAKUNI, H.; ABIMBOLA, S. Epistemic injustice in academic global health. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 10, p. e1465-e1470, 2021.

BIAGIOTTI, L. C. M. Conhecendo e aplicando rubricas de avaliações. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 12., 2005, Florianópolis. **Anais do XII Congresso Internacional de Educação à Distância**, Florianópolis: ABED, 2005. Disponível em <http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/007tcf5.pdf>. Acesso em 27 de janeiro de 2024.

BIFULCO, M.; PISANTI, S. Integrating medical humanities into medical school training. **EMBO reports**, Heidelberg, v. 20, n. 12, p. E48830, 2019.

BIRCHER, J. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 8, n. 3, p. 335-341, 2005.

BRANDÃO, J. F. **O médico no século XXI:** o que querem os pacientes. Salvador: Fast Design, 2013. 56 p.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. LDB: Lei das Diretrizes e Bases da Educação nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> Acesso em 18 de setembro de 2023.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

BRITISH COLUMBIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY. **Making large lectures interactive**, 2010. Disponível em <http://www.northernc.on.ca/leid/docs/ja_lecturesinteractive.pdf>. Acesso em 28 de outubro de 2023.

BROADBENT, A. **Philosophy for graduate students: metaphysics and epistemology**. New York: Routledge, 2016.

CADÊTE FILHO, A. D. A.; PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Motivação acadêmica de estudantes de Medicina: uma análise na perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, p. e086, 2021.

CAMPBELL, A. V.; CHIN, J.; VOO, T.-C. How can we know that ethics education produces ethical doctors? **Medical Teacher**, v. 29, n. 5, p. 431-436, 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, out. 2004.

CASTRO, M. R. **Avaliação da competência moral de estudantes de medicina**. 2019, 92 f. Dissertação de mestrado (Medicina). Universidade Edson do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2019.

CHALMERS, A. F. **O que é a ciência afinal?** 1. Ed. 14. Reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2017.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** 14. Ed. São Paulo: Editora Ática, 2014. 520 p.

CHEN, D. et al. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l], v. 22, n. 10, p. 1434-1438, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Carta de Brasília. Brasília: CFM, 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Carta-de-brasilia-humanidades-versaofinal.pdf> Acesso em 3 de janeiro de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Declaração de São Paulo. São Paulo: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/declaracao-de-sao-paulo-aponta-desafios-na-formacao-e-pratica-das-humanidades-medicas/>. Acesso em 3 de janeiro de 2024.

COOPER, A.; RODMAN, A. AI and medical education. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 389, n. 5, p. 385-387, 2023.

CORRÊA, C. R. G. L. A relação entre desenvolvimento humano e aprendizagem: perspectivas teóricas. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 379-386, 2017.

COSTA, R. C. D.; SUBTIL, M. J. D. A Ditadura Militar no Brasil e a proibição do ensino de filosofia: entre o tecnicismo e a subversão política. **Imagens da Educação**, [S.l], v. 6, n. 2, p. 29, 2016.

CRUSE, J. History of medicine: the metamorphosis of the scientific medicine in the ever-present past. **The American Journal of Medical Sciences**, Philadelphia, v. 318, n. 3, p. 171-180, 1999.

CUSTÓDIO, J. F.; BOSQUETTI, G. H. S.; TEIXEIRA, R. M. Prospecção ontológica como instrumento para a qualificação do sentimento de realidade em estudantes do ensino médio. **Revista Brasileira de Educação em Ciências e Educação Matemática**, v. 3, n. 3, p. 778, 2019.

DAROS, R. F. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 525-547, jun. 2016.

EM 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. **Agência de Notícias IBGE**, 2019. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/rel

eases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>. Acesso em 26 de setembro de 2023.

FAGOT-LARGEAULT, A. **Medicina e filosofia**. São Paulo: Editora Unifesp, 2014.

FERREIRA, E. M.; TEIXEIRA, K. M. D.; FERREIRA, M. A. M. Prevalência racial e de gênero no perfil de docentes do ensino superior. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 303-315, 2022.

FLOR DO NASCIMENTO, W.; BOTELHO, D. Colonialidade e educação: o currículo de filosofia brasileiro entre discursos coloniais. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação (RESAFE)**, [S. l.], n. 14, p. 66-89, 2011.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em <http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf>. Acesso em 05 de novembro de 2023.

_____. **Pedagogia da autonomia.** 56. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018, 143 p.

_____. **Educação e mudança.** 12. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, [s.d]. Disponível em <https://ifbaiano.edu.br/portal/pos-eja-santa-ines/wp-content/uploads/sites/99/2020/07/Educação-e-Mudança.pdf>. Acesso em 05 de novembro de 2023.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FRICKER, M. **Epistemic injustice: power and the ethics of knowing**. Oxford; New York: Oxford University Press, 2007. 188 p.

FURLAN, R. A relação com o outro em Sartre. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 24, p. 85-99, 2013. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6546>. Acesso em 27 de novembro de 2023.

GALLO, S. **Metodologia do ensino de filosofia:** uma didática para o ensino médio. 1. Ed. Campinas: Papirus, 2012. 170 p.

GARRAFA, V.; MARTORELL, L. B.; FLOR DO NASCIMENTO, W. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 442-451, 2016.

GHINEA, N. A return to reasonableness and virtue in medical epistemology. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 447-451, 2020.

GIACOMINI, M. K.; COOK, D. J. Users' guides to medical literature XXIII: Qualitative research in health care – A. Are the results of the study valid? **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, Chicago, v. 284, n. 3, p. 357-362, 2000.

GOBBI, D. A. **Avaliação da motivação de estudantes de medicina em relação às videoaulas de anatomia humana ministradas no curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano (campus Belo Horizonte) no primeiro semestre de 2020**. 2021, 72 f. Dissertação de mestrado (Medicina). Universidade Edson do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2021.

GOLDIE, J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. **Medical Education**, Oxford, v. 34, n. 2, p. 108-119, 2000.

GOLDIE, J. *et al*. The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. **Medical Education**, v. 38, n. 9, p. 942-949, 2004.

GONTIJO, P. E. As filosofias nos currículos estaduais de ensino médio. In: CARVALHO, M.; ALMEIDA JÚNIOR, J. B.; GONTIJO, P. **Filosofia e ensinar filosofia**. São Paulo: ANPOF, 2015. p. 41-55.

GONTIJO, P. O ensino de filosofia no Brasil: algumas notas sobre avanços e desafios. **Revista Perspectivas**, [S.l], v. 2, n. 1, p. 3-17, 2017.

GOOLD, S. D.; STERN, D. T. Ethics and professionalism: what does a resident need to learn? **The American Journal of Bioethics**, Ann Arbor, v. 6, n. 4, p. 9-17, 2006.

GUAYATT, G. *et al*. **User's guides to the medical literature: a manual for evidence based medicine**. 2. Ed. New York: McGraw Hill, 2008.

GUIMARÃES, J. L. de B.; JESUS, S. R. de. O mito da caverna e a concepção educativa no Livro VII da República de Platão. **Revista Cacto**, [S.l], v. 1, n. 2, [s.p], 2021.

HAMAMOTO FILHO, P. T. Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 535–543, 2011.

HARDEN, R. M.; SOWDEN, S.; DUNN, W. R. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. **Medical Education**, v. 18, n. 4, p. 284–297, 1984.

JAMES, W. **The principles of psychology**. New York: Henry Holt and Company, 1918. Disponível em <https://www.gutenberg.org/cache/epub/57628/pg57628-images.html>. Acesso em 01 de novembro de 2023.

KIDD, I. J.; CAREL, H. Epistemic Injustice and Illness. **Journal of Applied Philosophy**, [S.l], v. 34, n. 2, p. 172-190, 2017.

KOPELMAN, L. M. Philosophy and medical education. **Academic Medicine,** [S.l], v. 70, n. 9, p. 795-805, 1995.

LINDBERG, C. O ensino de Filosofia e a reforma educacional: o que fazer? **Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia**, 2019. Disponível em <https://www.anpof.org/comunicacoes/coluna-anpof/o-ensino-de-filosofia-e-a-reforma-educacional-o-que-fazer>. Acesso em 21 de setembro de 2023.

_____ . Possíveis caminhos para o ensino de Filosofia. **Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia**, 2023. Disponível em <https://www.anpof.org/comunicacoes/coluna-anpof/possiveis-caminhos-para-o-ensino-de-filosofia>. Acesso em 21 de setembro de 2023.

LIPMAN, M. **A filosofia vai à escola**. 3. Ed. São Paulo: Summus, 1990. 252 p.

MACINTYRE, A. **Depois da virtude: um estudo sobre teoria moral**. 1. Ed. Campinas: Vide Editorial, 2021.

MAGALHÃES, R. E. et al. Egresso médico no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e163111133589, 2022.

MAIN, D. S. et al. Patient Perspectives on the Doctor of the Future. **Family Medicine**, Kansas City, v. 34, n. 4, p. 251-257, 2001.

MANGIONE, S. *et al*. Medical students' exposure to the humanities correlates with positive personal qualities and reduced burnout: a multi-institutional U.S. survey. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 5, p. 628-634, 2018.

MARCHELLI, P. S. Da LDB 4.024/61 ao debate contemporâneo sobre as bases curriculares nacionais. **Revista e-Curriculum,** São Paulo, v. 12, n. 03, p. 1480-1511, 2014.

MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein**. 2. Ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 303 p.

_____. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **Textos básicos de filosofia:** dos pré-socráticos a Wittgenstein. 2. Ed. 12. Reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 2019.

MARQUES, D. L. De S. **Competências docentes na relação de ensino-aprendizagem com alunos da geração Z dos cursos de graduação em administração.** 2017, 160 f. Tese de doutorado (Administração). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2017.

MARQUES, O. Implicações educacionais da proposta de "Educação para o pensar" de Matthew Lipman. **Cadernos de Pós-graduação**, v. 8, p. 85-94, 2010.

MARTINS FILHO, J. R. F. Heidegger: do ser-com ao ser-com-os-outros. **Prometheus – Journal of Philosophy,** [S.l], v. 3, n. 6, p. 149-168, 2013. Disponível em <https://periodicos.ufs.br/prometeus/article/view/762>. Acesso em 27 de novembro de 2023.

MCWHIRTER, R. E. The history of bioethics. **Perspectives in Biology and Medicine**, [S.l], v. 55, n. 3, p. 329-338.

MENARY, J. *et al*. Going virtual: adapting in-person interactive focus groups to the online environment. **Emerald Open Research**, [S.l], v. 3, n. 6, p. 1-14, 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MORGAN, D. L. *et al*. Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. **Qualitative Health Research**, [S.l], v. 23, n. 9, p. 1276–1284, 2013.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. Ed. Rev. São Paulo: Cortez, 2011. 102 p.

MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação afirmativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

NERY FILHO, A. *et al.* Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo Ético-humanístico FMB-UFBA. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 344-349, 2013.

NOVA CRUZ, D. V. **Ensino de medicina baseado em afetividade:** a filosofia de Espinosa na educação médica. 2009, 121 f. Dissertação de mestrado (Educação). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

O'DOWD, E. *et al*. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 730, 2018.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2006, 888 p.

PARO, H. B. M. Da S. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil:** um estudo multicêntrico. 2013, 201 f. Tese de doutorado (Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PIUMATTI, G. et al. Associations between motivational factors for studying medicine, learning approaches and empathy among medical school candidates. **Advances in Health Sciences Education**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 287-300, 2019.

PHILOSOPHY and Medicine. **Springer**, [s.d.]. Disponível em <https://www.springer.com/series/6414>. Acesso em 12 de novembro de 2023.

QUARESMA, A. **Tecnocentrismo acrítico:** determinados por nosso próprio determinismo. [S.l]: Yumpu, 2013. 23 p. Disponível em <https://www.yumpu.com/pt/document/view/12769419/alexandre-quaresma-tecnocentrismo-acritico-determinados-por->. Acesso em 07 de novembro de 2023.

RAIMUNDO, J. S., DA SILVA, R. B. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da atenção básica de saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109 - 116, 2020.

REIS, F. J. C. D.; SOUZA, C. D. S.; BOLLELA, V. R. Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 272-279, 2014.

REISS, J.; ANKENY, R. A. Philosophy of Medicine. In: ZALTA, E. N. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy.** Spring Ed. Stanford: Stanford University, 2022. Disponível em <https://plato.stanford.edu/archives/spr2022/entries/medicine/>. Acesso em 03 de janeiro de 2024.

RUDNICK, A. An introductory course in philosophy of medicine. **Medical Humanities**, [S.l], v. 30, n. 1, p. 54-56, 2004.
SADEGH-ZADEH, K. **Handbook of analytic philosophy of medicine.** 2. Ed. New York: Springer, 2015

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SANTOS, R. O. D. Algoritmos, engajamento, redes sociais e educação. **Acta Scientiarum Education**, [S.l], v. 44, p. e52736, 2022.

SANTOS NETO, E.; FRANCO, E. S. Os Professores e os Desafios Pedagógicos Diante das Novas Gerações: Considerações sobre o Presente e o Futuro. **Revista de Educação do Cogeime**, v. 19, n. 36, p. 9-25, 2010.

SCHWARTZ, Z. H. Psychiatric skepticism in medical education: why we need philosophy. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 43, n. 4, p. 461-463, 2019.

SILVA, C. D. C. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 10, p. 3083-3090, 2013.

SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017.

SPIKE, J. The need for teaching philosophy in medical education. **Theoretical Medicine**, Dordrecht, v. 12, n. 4, p. 359-365, 1991.

STARK, L. Medicine's lessons for AI regulation. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 359, n. 24, p. 2213-2215, 2023.

THOMAS, P. A, *et al*. **Curriculum development for medical education:** a six step approach. 3. Ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016. 300 p.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. De C., et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 1. Ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VILA, Í. L. F.; FARIAS JÚNIOR, J. P. D. Metodologias ativas no ensino de filosofia. **Open Minds International Journal**, v. 1, n. 3, p. 74-88, 2020.

VEEN, M; CIANCIOLO, A. T. Problems no one looked for: philosophical expeditions into medical education. **Teaching and Learning in Medicine**, Hillsdale, v. 32, n. 3, p. 337-344, 2020.

VOSGERAU, D. S. R.; POCRIFKA, D. H.; SIMONIAN, M. Etapas da análise de conteúdo complementadas por ciclos de codificação: possibilidades a partir do uso de software de análise qualitativa de dados. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Atas – Investigação Qualitativa em Educação**, Porto: Ludomedia, v. 1, p. 789-798. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/671/659>. Acesso em 08 de outubro de 2023.

VYGOTSKY, L. S. In: COLE, M. (org.) et al. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, 182 p.

WASS, R.; GOLDING, C. Sharpening a tool for teaching: the zone of proximal development. **Teaching in Higher Education**, [S.l], v. 19, n. 6, p. 671-684, 2014.

WELLS, L. A. Philosophy and Psychiatry: a new curriculum for Child and Adolescent Psychiatry. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 26, n. 4, p. 257-261, 2002.

WEST, C. P.; DYRBYE, L. N.; SHANAFELT, T. D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. **Journal of Internal Medicine**, v. 283, n. 6, p. 516-529, 2018.

WOOD JUNIOR, T.; TRIVELLI, A. A transformação do ensino superior no Brasil: um estudo de caso sobre a criação de um grande grupo educacional privado. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 259-275, 2022.

ZALTA, E. N.; NODELMAN, U. **Stanford encyclopedia of philosophy**. Disponível em <https://plato.stanford.edu/>. Acesso em 31 de janeiro de 2024.

ZALEWSKI, Z. Importance of philosophy of science to the history of medical thinking. **The Croatian Medical Journal**, Zagreb, v. 40, n. 1, p. 8-13, 1999.

_____ . What philosophy should be taught to the future medical professionals? **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 3, n. 2, p. 161-167, 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instrumento de coleta de dados

Por favor, antes de iniciar, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e nos informe seu nível de esclarecimento e concordância.

Destaca-se a importância do participante guardar em seus arquivos uma cópia deste documento que poderá ser acessado e impresso através do link disponibilizado a seguir.

marcosvdb@gmail.com (não compartilhado) Alternar conta

*Obrigatório

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: Proposta curricular para ensino de filosofia no contexto da graduação e residência médica

PESQUISADOR: Marcos Vinícius Domingues Borba

ORIENTADOR: Alexandre de Araújo Pereira

CO-ORIENTADOR: Carlos Euclides Marques

PATROCINADORES: Recursos próprios

EMAIL: marcosvdb@gmail.com

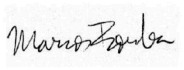
Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano, parte do Mestrado Profissional em Educação em Saúde. Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais passará, segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. Informações da pesquisa

2.1. **Justificativa:** A educação médica atual tem forte base tecnocientífica. É sabido que o modelo científico, embora fundamental, é incompleto para tratar das sutilezas, dúvidas e ambiguidades da prática clínica. É necessário munir os novos médicos de senso crítico e competências atitudinais para lidar com a realidade complexa. A filosofia parece prestar contribuição valorosa nesse ponto. Estabelecer uma proposta curricular de ensino de filosofia poderá prover ao educador substrato teórico para disciplinas, cursos ou discussões oportunísticas em cenários de casos reais, suprindo lacuna existente na literatura.

2.2. **Objetivos:** Propor estratégias educacionais para discussão de tópicos de filosofia com importância médica no contexto da graduação em medicina e residência médica.

2.3. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo exploratório. Os **grupos focais** consistem em grupos de 6 a 8 profissionais experientes da educação médica, que passarão por uma entrevista conduzida pelo pesquisador, por meio de videoconferência pela plataforma Zoom, que pode ser baixada gratuitamente para uso por celular (*Android*, *iOS*) ou pelo computador (*Windows* ou *Mac*). As **entrevistas individuais** ocorrem com um participante por vez, e podem ocorrer por videoconferência via plataforma *Zoom*, por ligação telefônica ou em encontro presencial. O participante poderá participar do grupo focal OU da entrevista individual de acordo com sua disponibilidade. O objetivo dos grupos focais e entrevistas individuais é caracterizar e entender o cenário da educação médica no que diz respeito à inserção da filosofia, discutir aplicações do ensino da filosofia para médicos



RÚBRICA DO PARTICIPANTE RÚBRICA DO PESQUISADOR RÚBRICA DO ENTREVISTADOR

em formação e ouvir a experiência e as sugestões dos colegas educadores. Antes da realização da entrevista, o participante deverá responder um questionário com informações sociodemográficas, etapa importante para caracterização da população da pesquisa. As entrevistas serão gravadas para análise detalhada posterior. O tempo previsto da entrevista é de 90 a 120 minutos para os grupos focais e 30 a 60 minutos para as entrevistas individuais. Após o término da coleta dos dados, os mesmos serão apagados dos servidores do *Google* e das nuvens e serão resguardadas em uma unidade de armazenamento externo sem contato com a internet.

2.4. **Riscos e Desconfortos:** A pesquisa envolve riscos para seu participante: (i) invasão de privacidade, (ii) necessidade de responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade, (iii) revitimização e perda de autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, (iv) discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, (v) divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE e instrumento de coleta de dados), (vi) tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista e gerar fadiga, (vii) riscos de pesquisa em ambiente virtual como as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Para mitigar os riscos, o pesquisador se compromete a: (i) respeitar a privacidade e o espaço do entrevistado, (ii) respeitar a decisão do participante em não opinar sobre alguma questão que lhe cause desconforto ou insegurança, (iii) tratar com sensibilidade e empatia os pensamentos e sentimentos revelados, (iv) criar ambiente confortável e acolhedor, sem julgamentos ou críticas sobre qualquer opinião expressa, (v) armazenamento dos dados em mídia física, sem armazenamento em nuvem, de modo a minimizar o risco de vazamento indevido das informações, (vi) tentar conduzir a entrevista de forma dinâmica, de modo a tentar tornar mais agradável e bem aproveitado o tempo gasto, (vii) assumir responsabilidade pela condução da pesquisa em conformidade com as recomendações de segurança digital da Resolução 466/12.

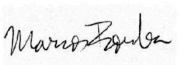
2.5. **Benefícios:** A pesquisa pode contribuir para a melhoria da educação médica, provendo uma proposta curricular de ensino de filosofia aplicável na prática, que pode vir a ser implementada em cenários reais ou servir de base para novas propostas ou discussões sobre o tema.

2.6. **Privacidade e Confidencialidade:** Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada externamente a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica. Todos os dados e gravações obtidos na pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

2.7. **Acesso aos resultados:** Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

3. Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo
A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao tratamento ou represália.

4. **Garantia de Ressarcimento**



RÚBRICA DO PARTICIPANTE RÚBRICA DO PESQUISADOR RÚBRICA DO ENTREVISTADOR

O(A) senhor(a) não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, o(a) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O (A) senhor(a) tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

5. **Garantia de indenização:**
Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

6. Acesso ao pesquisador:
Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Pesquisador: Marcos Vinícius Domingues Borba
Telefone: (31) 99359-4590. E-mail: marcosvdb@gmail.com

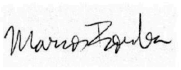
Professor Orientador: Alexandre de Araújo Pereira
Telefone: (31) 98866-8081. E-mail: alex68@uol.com.br

Professor Co-orientador: Carlos Euclides Marques
Telefone: (48) 3065-8366. E-mail: carlos.marques@animaeducacao.com.br

7. Acesso a instituição:
Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:
Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG
Telefone: (35) 3299-3137. E-mail: comitedeetica@unifenas.br
Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

8. Consentimento do participante:
Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário,



RÚBRICA DO PARTICIPANTE RÚBRICA DO PESQUISADOR RÚBRICA DO ENTREVISTADOR

incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.
Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

9. Declaração do pesquisador:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário		
Representante Legal		
Pesquisador Responsável	Voluntário	Representante Legal

RÚBRICA DO PARTICIPANTE RÚBRICA DO PESQUISADOR RÚBRICA DO ENTREVISTADOR

Caso concorde em participar da pesquisa, marque a opção abaixo: *

- (●) Li e CONCORDO em participar da pesquisa
- ( ) Li e NÃO concordo em participar da pesquisa

LINK PARA IMPRESSÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Encontra-se abaixo o link contendo o TCLE em formato PDF já assinado pelo pesquisador, para que você possa baixá-lo em seu computador e imprimi-lo.

CLIQUE AQUI PARA ACESSAR A SUA CÓPIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO

Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Google Formulários

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instrumento de coleta de dados

marcosvdb@gmail.com (não compartilhado) Alternar conta

*Obrigatório

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nessa seção, você irá nos informar dados sobre sua identificação e trajetória pessoal. Nenhuma informação pessoal será divulgada. Pedimos que informe pelo menos um meio de contato (telefone ou email)

QUAL É O SEU NOME COMPLETO? *

Sua resposta

QUAL É O SEU ENDEREÇO DE EMAIL?

Sua resposta

QUAL É O SEU PRINCIPAL TELEFONE DE CONTATO?

Sua resposta

QUAL É A SUA IDADE? *

Sua resposta

QUAL É O SEU SEXO? *
Feminino
Masculino
Voltar
Próxima
Limpar formulário
Nunca envie senhas pelo Formulários Google.
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade
Google Formulários

Instrumento de coleta de dados

marcosvdb@gmail.com (não compartilhado) Alternar conta

*Obrigatório

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Nessa seção você nos informará um pouco sobre sua formação e trajetória profissional

QUAL A SUA GRADUAÇÃO PRINCIPAL? *

- ◯ Medicina
- ◯ Outro:

QUAL O SEU MAIOR NÍVEL DE TITULAÇÃO ACADÊMICA? *

- ◯ Graduação
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutorado
- ◯ Pós-doutorado
- ◯ Pós-graduação Lato sensu

POSSUI RESIDÊNCIA MÉDICA OU TÍTULO DE ESPECIALISTA? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

CASO TENHA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE À QUESTÃO ANTERIOR, ESPECIFIQUE QUAL OU QUAIS ESPECIALIDADES

Sua resposta

POR QUANTO TEMPO ATUOU PROFISSIONALMENTE NA ÁREA DA SAÚDE? *

- ◯ Até 10 anos
- ◯ De 11 a 20 anos
- ◯ De 21 a 30 anos
- ◯ De 31 a 40 anos
- ◯ Mais do que 40 anos

POR QUANTO TEMPO EXERCEU ALGUMA ATIVIDADE DOCENTE? *

- ◯ Até 10 anos
- ◯ De 11 a 20 anos
- ◯ De 21 a 30 anos
- ◯ De 31 a 40 Anos
- ◯ Mais do que 40 anos

ESPECIFIQUE ABAIXO EM QUAIS ATIVIDADES DE DOCÊNCIA JÁ ATUOU *

	Sim	Não
Graduação	○	○
Pós-graduação Stricto sensu	○	○
Pós-graduação Lato sensu	○	○
Residência médica	○	○
Coordenação de curso ou programa de residência	○	○

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Google Formulários

Instrumento de coleta de dados

marcosvdb@gmail.com (não compartilhado) Alternar conta

*Obrigatório

EXPOSIÇÃO A FILOSOFIA E HUMANIDADES

Nessa sessão você informará um pouco sobre seu contato com a Filosofia e com as Humanidades

QUAL OPÇÃO MELHOR DESCREVE SEU CONTATO PRÉVIO COM A FILOSOFIA? *

- ◯ Nenhum contato prévio com a área
- ◯ Apenas estudos ou leituras eventuais, realizados de forma independente
- ◯ Frequentei curso(s) livre(s) de curta duração
- ◯ Frequentei graduação (mesmo que não tenha concluído)
- ◯ Frequentei pós-graduação (mesmo que não tenha concluído)

VOCÊ JÁ MINISTROU ALGUM CURSO, AULA OU DISCIPLINA QUE FAÇA INTERFACE ENTRE FILOSOFIA E MEDICINA? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

QUAL OPÇÃO MELHOR DESCREVE SEU CONTATO PRÉVIO COM AS HUMANIDADES (BELAS ARTES, MÚSICA, LETRAS, HISTÓRIA, SOCIOLOGIA)? *

- ◯ Nenhum contato prévio com a área
- ◯ Apenas estudos, leituras ou exposições eventuais, realizados de forma independente
- ◯ Frequentei curso(s) livre(s) de curta duração
- ◯ Frequentei graduação (mesmo que não tenha concluído)
- ◯ Frequentei pós-graduação (mesmo que não tenha concluído)

VOCÊ JÁ MINISTROU ALGUM CURSO, AULA OU DISCIPLINA QUE FAÇA INTERFACE ENTRE AS HUMANIDADES E A MEDICINA? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Google Formulários

Instrumento de coleta de dados

marcosvdb@gmail.com (não compartilhado) Alternar conta

*Obrigatório

DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO PARA OS GRUPOS FOCAIS

Nessa sessão, você nos informará, de maneira preliminar, quais são os seus horários de melhor disponibilidade para participação em um dos grupos focais de discussão sobre o tema de pesquisa. Os grupos focais são grupos de discussão orientada a respeito de um tema de interesse comum entre os participantes.

Lembramos que os grupos focais tem duração prevista de 90 a 120 minutos e ocorrerá por meio de videoconferência envolvendo 6 a 8 educadores, além do pesquisador, que conduzirá a sessão.

Sua resposta tem caráter preliminar e você não estará formalizando qualquer compromisso a partir dela. O pesquisador entrará em contato com você para a combinar uma data e horário definitivos.

Caso você não possa participar de nenhum grupo focal por incompatibilidade de agenda, será oferecida a oportunidade de contribuir como entrevistado individual.

ESPECIFIQUE ABAIXO QUAIS OS HORÁRIOS POSSÍVEIS PARA SUA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL *

	Sim	Não
Segunda-feira de 19 às 21 horas	○	○
Terça-feira de 19 às 21 horas	○	○
Quarta-feira de 19 às 21 horas	○	○
Quinta-feira de 19 às 21 horas	○	○
Sexta-feira de 18 às 20 horas	○	○

CASO NENHUM HORÁRIO ACIMA O ATENDA, ESPECIFIQUE QUAIS SERIAM OS MELHORES HORÁRIOS PARA VOCÊ

Sua resposta

Voltar Enviar Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Google Formulários

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL E GRUPO FOCAL

[Introdução exclusiva para grupo focal]

Bem-vindos ao nosso grupo focal do projeto de pesquisa "PROPOSTA CURRICULAR PARA ENSINO DE FILOSOFIA NO CONTEXTO DA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA".

Os **grupos focais** consistem em grupos de profissionais experientes, que passam por uma entrevista/discussão com objetivo de exploração e aprofundamento em questões pré-estabelecidas.

Cada grupo focal passará por um ou dois blocos de discussão:

1) A ontologia na educação médica
2) A epistemologia na educação médica
3) A ética na educação médica

Cada momento terá uma pequena introdução apresentada pelo pesquisador. Em seguida, será aberta a discussão entre os membros do grupo. Tentaremos seguir alguns princípios importantes para o funcionamento do grupo focal:

- Não há opinião certa ou errada, sendo todos os pontos de vista válidos e importantes para a discussão
- A opinião de cada um é igualmente importante para o aproveitamento do grupo, portanto todos devem opinar e ouvir a opinião dos colegas
- A interação entre os membros do grupo é fundamental, sendo desejada uma discussão participativa em detrimento de um conjunto de opiniões individuais

O tempo máximo de realização do grupo é de 2 horas

[Blocos de perguntas comuns às entrevistas individuais e em grupos focais]

BLOCO 1 - A ONTOLOGIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Nas palavras de Chauí (2015):

"A metafísica [ontologia] é a investigação filosófica que gira em torno da pergunta 'O que é?'. Este 'é' possui dois sentidos:

1. Significa 'existe', de modo que a pergunta se refere à existência da realidade e pode ser transcrita como: 'O que existe?'
2. Significa 'natureza própria de alguma coisa', de modo que a pergunta se refere à essência da realidade, podendo ser transcrita como: 'Qual é a essência daquilo que existe?'

Existência e essência da realidade em seus múltiplos aspectos são, assim, os temas principais da metafísica [ontologia], que investiga os **fundamentos, os princípios e as causas de todas as coisas e o Ser íntimo de todas as coisas, indagando por que existem e por que são o que são**."

Dentro da filosofia médica, diversas são as perguntas da ontologia, se destacando, por exemplo:

- O que é a doença?
- O que é a saúde?
- O que é a medicina?
- O que é o médico?
- O que é o paciente?
- O que se dá do encontro entre médico e paciente?

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

1) Os médicos em formação estão preparados para discutir essas questões? Quais são suas principais dificuldades?
2) Como podemos prepará-los melhor para que desenvolvam a capacidade de reflexão ontológica?
3) Em relação ao ambiente de aprendizado, onde estão as principais oportunidades e quais são os principais obstáculos?
4) Vocês podem citar exemplos de dilemas ou situações práticas em que a reflexão ontológica possa ser importante?
5) Há alguma outra questão que considerem relevante para essa discussão?

BLCOCO 2 - A EPISTEMOLOGIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A epistemologia, segundo o Dicionário de Filosofia (ABBAGNANO, 2012) é:

"Termo de origem grega que apresenta duas acepções de fundo. Num primeiro sentido (como o inglês Epistemology), é sinônimo de gnosiologia ou de **teoria do conhecimento**.

Num segundo sentido, é sinônimo de **filosofia da ciência**. Os dois significados estão estreitamente interligados, pois o problema do conhecimento, na filosofia moderna e contemporânea, entrelaça-se (e às vezes se confunde) com o da ciência."

A teoria do conhecimento se ocupa em investigar a natureza do conhecimento e seus limites. A filosofia da ciência se dedica a explorar o funcionamento da ciência, bem como por onde caminha e quais são seus limites.

Dentro da filosofia médica, a epistemologia trata de questões como:

- Quais são os tipos de conhecimento que embasam a prática médica?
- Qual é o papel das chamadas evidências científicas? Quais são os seus limites?

- Qual é o lugar do pensamento mecanicista e da experiência pessoal?

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

1) Os médicos em formação estão preparados para discutir essas questões? Quais são suas principais dificuldades?
2) Como podemos prepará-los melhor para que desenvolvam a capacidade de reflexão epistemológica?
3) Em relação ao ambiente de aprendizado, onde estão as principais oportunidades e quais são os principais obstáculos?
4) Vocês podem citar exemplos de dilemas ou situações práticas em que a reflexão epistemológica possa ser importante?
5) Há alguma outra questão que considerem relevante para essa discussão?

BLOCO 3 - A ÉTICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Nas palavras de Marcondes (2011):

"Podemos distinguir, portanto, três dimensões distintas do que entendemos usualmente por ética. Em primeiro lugar temos o que pode ser considerado o *sentido básico* ou descritivo de ética […] que designa o conjunto de costumes, hábitos e práticas de um povo. […] Temos em seguida a ética como sistema em um *sentido prescritivo* ou normativo; isto é, como um conjunto de preceitos que estabelecem e justificam valores e deveres […] como o código de ética de uma categoria profissional do qual talvez o mais famoso e tradicional seja o da prática médica. Em terceiro lugar, temos o *sentido reflexivo* ou filosófico, que diz respeito às teorias ou concepções filosóficas da ética, como a ética da responsabilidade, a dos princípios, o utilitarismo e outras, visando examinar e discutir a natureza e os fundamentos dos sistemas e das práticas, analisando os conceitos e valores que lhes pretendem dar fundamento."

Ainda segundo o autor (idem, 2011):

"Sentimos a necessidade de uma reflexão ética mais profunda quando nos defrontamos com dilemas, com situações de conflito, diante dos quais temos de decidir e vemos que nossa decisão não é fácil".

A ética médica é um campo de amplos e intensos debates. Muitas são as propostas curriculares de ensino de ética para médicos em formação. Em geral, os cursos médicos privilegiam os aspectos **prescritivos/normativos** e as discussões aplicadas de situações específicas. No entanto, sabemos que a abordagem **reflexiva/filosófica** é também fundamental, pois possibilita ao médico reconhecer as questões eticamente complexas e fornece subsídio conceitual para tomada de decisão nas situações que não estão contempladas claramente nas normas e prescrições dos códigos de ética.

Destacamos algumas questões que parecem importantes para ensino dos princípios filosóficos da ética:

- O que é ética?

- O que faz com que uma ação seja considerada eticamente correta?
- O que é um dilema ético/moral?
- Quais são as principais correntes filosóficas que contribuíram para o desenvolvimento da ética?
- Quais são os valores de um indivíduo ético?
- Quais são as responsabilidades de um profissional ético?
- Quais são as finalidades de uma ação ética?

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

1) Os médicos em formação estão prontos para discutir essas questões? Quais seriam suas principais dificuldades?
2) Como podemos prepará-los melhor para que desenvolvam a capacidade de reflexão ética?
3) Em relação ao ambiente de aprendizado, onde estão as principais oportunidades e quais são os principais obstáculos?
4) Vocês podem citar exemplos de dilemas ou situações práticas em que a reflexão ética é importante? Tente priorizar as questões que não encontram resposta normativa/prescritiva clara.
5) Há alguma outra questão que consideram relevante para discussão reflexiva/filosófica da ética?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agradecemos pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições prestadas por cada um dos participantes dessa entrevista. Teremos o prazer de compartilhar o resultado final do nosso trabalho com todos que assim o desejarem. Nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento sobre o projeto.

Abro a palavra para considerações finais, sugestões e opiniões que julguem pertinentes e que não tenham sido ainda expostas.

APÊNDICE D – MODELO DE CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA (E-MAIL)

Prezado(a) professor(a),

É com muito prazer que convidamo-lo(a) para participação no projeto de pesquisa "Proposta curricular para ensino de filosofia no contexto da graduação e residência médica". O(A) senhor(a) foi convidado(a) em decorrência de ser reconhecido(a) pelos pares como docente dotado(a) de grande capacidade crítica e reflexiva.

Entendemos que a prática médica é recheada de nuances, dilemas e complexidades, de modo que o desenvolvimento da capacidade reflexiva dos novos médicos é fundamental. Acreditamos, também, que a filosofia pode ajudar no desenvolvimento dessa capacidade. O nosso projeto tem por objetivo elaborar uma proposta curricular para ensino de filosofia na graduação e residência médica, visto que há uma lacuna na literatura médica. Para tal, desejamos entrevistar docentes experientes e interessados nessa temática. As entrevistas serão individuais ou em grupo. Não buscamos opinião técnica já formada, mas sim a experiência pessoal do docente no ensino de questões éticas, dilemas e ambiguidades da prática clínica.

Sua participação nesse projeto é totalmente facultativa, voluntária e sem custos. Caso tenha interesse em participar, segue abaixo *link* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguido de um pequeno questionário para que conheçamos um pouco da sua trajetória profissional e, por fim, um pré-agendamento da entrevista (que será posteriormente confirmado por e-mail ou por telefone). É importante ressaltar que a entrevista será realizada de forma virtual num horário confortável para o participante.

Informo, ainda, que a pesquisa faz parte do meu projeto de pesquisa para o Mestrado Profissional em Educação em Saúde, da Unifenas - BH, e será executado respeitando todos os princípios éticos e técnicos de preservação da privacidade e segurança de dados do participante.

LINK PARA A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeH_euIB8YF4SBvdZGoOxRsG47RHidH7AzAgJyzDTE379ELfw/viewform?usp=share_link

Atenciosamente,

Marcos Vinícius Domingues Borba
Aluno do mestrado profissional da Unifenas - BH

APÊNDICE E – QUADRO DE TEMAS E SUBTEMAS POR CATEGORIA DA AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES GERAIS

Categoria	**Tema**	**Subtema**
Caracterização do problema	Relevância do problema	- Competências cognitivas - Competências afetivas
	Profissional afetado pelo problema	- Falta de senso crítico - Evitar lidar com dilemas - Sofrimento mental - Comportamento antiético
	Paciente afetado pelo problema	- Vítima de iatrogenias - Relação degenerada com o médico e com o sistema de saúde
Estratégias já utilizadas no enfrentamento do problema	- Disciplinas curriculares - Debates ou conferências - Discussões no ambiente de prática - Grupos estudantis ou ligas acadêmicas - Mídias digitais - Reforma curricular	
Estratégias desejáveis para o enfrentamento do problema	Contextualizar com problemas	- Exemplos de problemas reais - Vivências do aluno - Filmes, livros e obras de arte diversas
	- Instrumentalizar a discussão - Estimular a transdisciplinaridade - Longitudinalizar a formação - Acolher a discussão de forma plural - Levar em conta diferentes pontos de partida - Criar momento dedicado a discussão - Utilizar metodologias ativas - Utilizar ambiente digital de forma complementar	

APÊNDICE F – QUADRO DE TEMAS E SUBTEMAS POR CATEGORIA DA AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES ESPECÍFICAS

Categoria	**Tema**	**Subtema**
Ambiente de aprendizagem	- Tecnocentrismo acrítico - Preconceito epistêmico - Educação bancária e mercantilizada - Ambiente de prática - Ambiente de sala de aula - Sistema de saúde	
Caracterização da população alvo	Motivação	- Desmotivados - Dispostos a aprender
	Formação prévia	- Currículo insuficiente - Bagagem prévia
	- Assuntos concorrentes - Imaturidade	
Barreiras a serem superadas	- Superficialidade da discussão - Falta de formação do docente - Dissociação entre teoria e prática - Dificuldade de educar o aluno	
Fatores oportunizadores	- Quebra de expectativas - Profissionais inspiradores - Atenção para oportunidades de discussão - Empatia - Aluno como multiplicador	

APÊNDICE G – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUGERIDAS

Problema 1

- *A República* – Platão, livro VII, p. 296-300 (Disponível em <https://www.baixelivros.com.br/ciencias-humanas-e-sociais/filosofia/a-republica>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- A concepção pedagógica do mito da caverna – artigo completo (GUIMARÃES, J. L. De B.; JESUS, S. R. De. O mito da caverna e a concepção educativa no Livro VII da República de Platão. **Revista Cacto**, [S.l], v. 1, n. 2, [s.p], 2021. Disponível em <https://revistas.ifsertao-pe.edu.br/index.php/cacto/article/view/281>. Acesso em 27 de novembro de 2023).

Problema 2

- A metafísica de Aristóteles. *Convite à filosofia* (CHAUÍ, 2000) – unidade 6, capítulo 2, p. 276-282 (Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/502947/mod_resource/content/1/ENP_155/Referencias/Convitea-Filosofia.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- Multimídia: aula do Prof. Cláudio Costa "A metafísica de Aristóteles", minuto 9:00 até o final do minuto 25:00 (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=e-2nOEAqnIo>. Acesso em 27 de novembro de 2023).
- Categorias diagnósticas. JUTEL, A. Diagnostic categories. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 156-169

Problema 3

- Multimídia: "Kant e a coisa-em-si". Explicação sucinta. (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=jpiiW9GiVO0>. Acesso em 29 de janeiro de 2024)
- Kant e o fim da metafísica clássica. *Convite à filosofia* (CHAUÍ, 2000) – unidade 6, capítulo 3, p. 294-298 (Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/502947/mod_resource/content/1/ENP_155/Referencias/Convitea-Filosofia.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2024)
- Fenomenologia. *Convite à filosofia* (CHAUÍ, 2000) – unidade 6, capítulo 4, p. 299-306 (Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/502947/mod_resource/content/1/ENP_155/Referencias/Convitea-Filosofia.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- A dor e o sofrimento. HARDCASTLE, V. G. Pain, chronic pain and suffering. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 124-133
- Fenomenologia da medicina. SVENAEUS, F. Phenomenology of medicine. In: MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017. p. 205-226

Problema 4

- O para-si e o ser-para-o-outro em Sartre – p. 85-89. (FURLAN, R. A relação com o outro em Sartre. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 24, p. 85-99, 2013. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6546>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- O ser-com e o ser-com-os-outros em Heidegger – p. 153-162. (MARTINS FILHO, J. R. F. Heidegger: do ser-com ao ser-com-os-outros. **Prometheus – Journal of Philosophy,** [S.l], v. 3, n. 6, p. 149-168, 2013. Disponível em <https://periodicos.ufs.br/prometeus/article/view/762>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- Multimídia: aula do Prof. Franklin Leopoldo e Silva "Sartre - O existencialismo é um humanismo". Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=x9ck_71WIBI&t=2436s>. Acesso em 27 de novembro de 2023)
- Humanismo médico. TAUBER, A. L. Medical humanism: part 1: philosophical and historical underpinnings. In: MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017. p. 161-181
- Humanismo médico. FIALOVÁ, L. Medical humanism: part 2: inspirations of the twentieth century. In: MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017. p. 183-203

Problema 5

- Conceito de saúde de Georges Canguilhem. SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011
- Conceitos diversos de saúde e doença. DA CRUZ, M. M. Concepção de saúde e doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R.; GARBOIS, V.; MENDES JÚNIOR W. V.. **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em <https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/saude_doenca.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2024
- Doença na era da genômica e da medicina molecular. BOENINK, M. Disease in the era of genomic and molecular medicine. In: MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017. p. 65-91
- Saúde e bem estar. HAUSMAN, D. M. Health and well-being. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 27-35
- Deficiência e normalidade. SILVERS, A. Disability and Normality. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 36-47

Problema 6

- Ciência vs senso comum. *Convite à filosofia* (CHAUÍ, 2000) – unidade 7, capítulo 1, p. 314-319 (Disponível em

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/502947/mod_resource/content/1/ENP_155/Referencias/Convitea-Filosofia.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2024)

- Ciência vs senso comum. Capítulos 1 e 2. ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras**. 19. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015. p. 9-38
- Multimídia: "Quais são os tipos de conhecimento?". Explicação sucinta. (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=3OmSxLhtjl4>. Acesso em 29 de janeiro de 2024)
- Senso comum, filosofia e ciência. RIOS, E. R. G. *et al*. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 2. p. 501-509, 2007 (Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/TP3mRXN6VdPtND99WgKPMRJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 de janeiro de 2024)

Problema 7

- Teorias de demarcação da ciência. Capítulos IV (Apresentando o falsificacionismo), VIII (Teorias como estruturas: os paradigmas de Kuhn) e XII (A teoria anarquista do conhecimento de Feyerabend). CHALMERS, A. F. **O que é a ciência afinal?** 1. Ed. 14. Reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2017
- Justificação e demarcação da ciência. Capítulos X (As credenciais da ciência) e XI (Verdade e bondade). ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras**. 19. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015. p. 185-234
- Multimídia: aula do Prof. Claudio Costa "Filosofia da ciência (6 de 6): Thomas Kuhn" (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=R8iMw_LXdVU>. Acesso em 30 de janeiro de 2024)
- Multimídia: aula do Prof. Claudio Costa sobre Popper e Ziman "Filosofia da ciência (3 de 6): O que é ciência" (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=wZHVyFa4Xj4&t=1573s>. Acesso em 30 de janeiro de 2024)

Problema 8

- O problema da indução. Capítulos II (O problema da indução) e III (A dependência que a observação tem da teoria). CHALMERS, A. F. **O que é a ciência afinal?** 1. Ed. 14. Reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2017
- Estudos randomizados e validade externa. LA CAZE, A. The randomized controlled trial: internal and external validity. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 195-208
- Aplicando resultados dos estudos. DANS, A. L.; DANS, L. F.; GUYATT, G. Applying results to individual patients. In: GUAYATT, G. *et al*. **User's guides to the medical literature: a manual for evidence based medicine**. 2. Ed. New York: McGraw Hill, 2008, p. 273-289

Problema 9

- Justiça e injustiça testemoniais. Capítulo 1 (Testemonial injustice) e capítulo 4 (The virtue of testemonial justice). FRICKER, M. **Epistemic injustice: power and the ethics of knowing**. Oxford; New York: Oxford University Press, 2007
- Medicina narrativa. SPENCER, D. Narrative medicine. In: SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017. p. 372-382
- Informação e biopoder. SILVA, C. D. C. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 10, p. 3083-3090, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/WvjW8TYwFXTkpSQ4bfJVhKK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 de janeiro de 2024

Problema 10

- Fragmentos e comentários de textos de Aristóteles sobre ética. MARCONDES, D. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007, p. 37-49
- Reflexões sobre o conceito de virtude. Capítulo XIV (A natureza das virtudes). MACINTYRE, A. **Depois da virtude: um estudo sobre teoria moral**. 1. Ed. Campinas: Vide Editorial, 2021
- Principialismo em bioética. Capítulo 2 (Moral character). BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** Oxford: Oxford University Press, 2019
- Críticas ao principialismo. GARRAFA, V.; MARTORELL, L. B.; FLOR DO NASCIMENTO, W. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 442-451, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v46P8wRBDz6588xLJYLjcRh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 de janeiro de 2024

Problema 11

- Fragmentos e comentários de textos de Stuart Mill. MARCONDES, D. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007, p. 116-120
- Fragmentos e comentários de textos de Kant. MARCONDES, D. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007, p. 87-93
- Imperativo categórico de Kant (fragmento). MARCONDES, D. **Textos básicos de filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 2. Ed. 12. Reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 120-124
- Revisão das principais teorias morais (Utilitarismo, teoria Kantiana, teoria dos direitos, teoria das virtudes). Capítulo 9 (Moral theories). BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** Oxford: Oxford University Press, 2019
- Multimídia: aula do Prof. Claudio Costa "Ética (2): Éticas deontológicas" (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=G_jGp_32m0Y>. Acesso em 30 de janeiro de 2024)

- Multimídia aula do Prof. Claudio Costa "Ética (9): Resumo do utilitarismo" (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IP9wg4y6p2A>. Acesso em 30 de janeiro de 2024)

Problema 12

- Código de ética médica. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2024

Problema 13

- Ética deliberativa de Diego Gracia. “A deliberação como método da ética” (Disponível em <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2016/11/3.-A-deliberacao-como-metodo-da-Etica-Diego-Gracia-em-2017-versao-Portuguesa-1.pdf>. Acesso em 31 de janeiro de 2024)
- Ética do discurso de Habermas. MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação afirmativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012 (Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/dVhTK5XfnyJ9bFkBN8Gk64m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 de janeiro de 2024)

REFERÊNCIAS GERAIS

Filosofia da medicina

- SOLOMON, M.; SIMON, J. R.; KINCAID, H. **Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. New York: Routledge, 2017
- MARCUM, J. A. **The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine**. London: Bloomsbury, 2017
- FAGOT-LARGEAULT, A. **Medicina e filosofia**. São Paulo: Editora Unifesp, 2014
- SADEGH-ZADEH, K. **Handbook of analytic philosophy of medicine.** 2. Ed. New York: Springer, 2015

Manuais gerais de filosofia

- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** 14. Ed. São Paulo: Editora Ática, 2014
- BROADBENT, A. **Philosophy for graduate students: metaphysics and epistemology**. New York: Routledge, 2016
- ANTISERI, D.; REALE, G. **Filosofia**. São Paulo: Paulus, 2017. v. 1-3

Dicionários de filosofia

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 6. Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012
- ZALTA, E. N.; NODELMAN, U. **Stanford encyclopedia of philosophy**. Disponível em <https://plato.stanford.edu/>. Acesso em 31 de janeiro de 2024

APÊNDICE H - SUGESTÕES DE TEMAS TRANSVERSAIS EM FILOSOFIA

Ciências básicas:

- Indução e seus problemas
- Realismo *versus* nominalismo
- Modelos teóricos
- Causalidade
- Teorias de demarcação das ciências
- Interferências da subjetividade nos programas de pesquisa
- Interferências políticas, econômicas e sociais nos programas de pesquisa
- Injustiça epistêmica na produção científica
- Ética em pesquisa com animais
- Ética em pesquisa com humanos
- Ética na divulgação de resultados científicos
- Vieses das publicações científicas

Ciências clínicas:

- Morte e nascimento
- Saúde e doença
- Bem-estar e sofrimento
- Deficiência e normalidade
- Causalidade em medicina
- Estimativas de risco
- Categorias diagnósticas
- Lógica do raciocínio clínico
- Sustentação teórico-filosófica da medicina baseada em evidências
- Hierarquia das evidências
- Outros modelos: medicina narrativa, medicina centrada na pessoa etc.
- Diversidade: gênero/sexo, raça, populações marginalizadas
- Filosofia da mente
- Noções de estética
- Fundamentações filosóficas da bioética
- Teorias éticas aplicadas