

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA**

Anielle Avelina Dantas

***O CINEMA COMO INSTRUMENTO DIDÁTICO PARA A ABORDAGEM DE  
PROBLEMAS BIOÉTICOS: UMA REFLEXÃO SOBRE A EUTANÁSIA***

Uberlândia  
2008

**Anielle Avelina Dantas**

***O CINEMA COMO INSTRUMENTO DIDÁTICO PARA A ABORDAGEM DE  
PROBLEMAS BIOÉTICOS: UMA REFLEXÃO SOBRE A EUTANÁSIA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva

Co-Orientadora. Profa. Dra. Maria Socorro Ramos Militão

Uberlândia  
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

- D192c Dantas, Anielle Avelina, 1980-  
O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia / Anielle Avelina Dantas. - 2008. 125 f. : il.
- Orientador: Carlos Henrique Martins da Silva.  
Co-orientador: Maria Socorro Ramos Militão.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde.
- Inclui bibliografia.
1. Bioética - Teses. 2. Eutanásia - Teses. 3. Cinema na educação - Teses. 4. Medicina e humanidades. I. Silva, Carlos Henrique Martins da. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 17.023.33

---

**Anielle Avelina Dantas**

***O CINEMA COMO INSTRUMENTO DIDÁTICO PARA A ABORDAGEM DE  
PROBLEMAS BIOÉTICOS: UMA REFLEXÃO SOBRE A EUTANÁSIA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Uberlândia, 24 de setembro de 2008

---

Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva  
**Orientador**

---

Prof. Dra. Maria Socorro Ramos Militão  
**Co-Orientadora**

*Dedico esse trabalho a minha família, pela paciência, amor e incentivo; e, em especial, aos meus queridos pais, Deusmar e Neiva, que me apoiaram em meus estudos e me incentivaram sempre a construir e lutar pelos meus ideais. Sempre, minha maior motivação. Ao meu amado, Paulo, pelo apoio, carinho e compreensão.*

*Aos amantes das ciências humanas e da arte que, assim como eu, descobriram um novo olhar para analisar a vida em seus mais complexos aspectos. Que lutam incessantemente pela compreensão do ser humano em sua diversidade, singularidade e complexidade.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me deu a vida e me permitiu chegar até aqui, que intercedeu em todos os momentos de desespero e desânimo, que me concedeu sempre perdão em minhas falhas e em quem encontrei forças para persistir.

Meu reconhecimento, gratidão e carinho a todos aqueles que me concederam seu tempo, que com muita paciência me auxiliaram discutindo idéias e tirando minhas dúvidas, dando sugestões, animando-me nos inúmeros momentos em que pensei em desistir. Esse trabalho foi acima de tudo fruto de muita perseverança, resignação e resistência, pois muitas foram as dificuldades e lutas vencidas para que eu chegasse até aqui.

Aos meus orientadores, Dr. Carlos Henrique Martins da Silva e Dra. Maria do Socorro Ramos Militão, por terem me aceitado como orientanda; pela forma como me acolheram num momento muito conturbado de minha vida, por ouvir minhas angústias, aliviando-as, por aceitar as inúmeras vezes em que falhei com eles, abalando sua confiança. Obrigada pela atenção, disponibilidade, segurança e exemplos a serem seguidos. Ao Dr. Carlos, em especial, por seu jeito particular de compreender minhas limitações, pela paciência e confiança. Acima de tudo, foi realmente um privilégio ter sido digna de tamanha dedicação e investimento. A Dra. Socorro por ter surgido em minha vida como um verdadeiro “socorro” dos céus, fazendo-me acreditar que conseguiria vencer mais essa etapa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – Campus Umuarama. Seu corpo docente e administrativo, especialmente à secretária Elaine pela excelência em seu trabalho e generosidade constante.

Aos Profs. Dr. Messias Antônio Araújo e Dr. Paulo Roberto Albieri Nery pela participação na Banca de Qualificação desta dissertação, pelo respeito e pelas valiosas contribuições.

Aos membros da Banca Examinadora Profs. Dra. Cléa Regina de Oliveira Ribeiro, Dr. Pablo González Blasco, Dr. Paulo Roberto Albieri Nery.

As alunas Carolina Assis Pereira Vilela e Juliana Santos Parreira Soares, do 12º período do curso de graduação em Medicina da UFU, pelo importante auxílio com o material de iniciação científica.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Tatiany Calegari e Cristiane Martins Cunha, pelas trocas de informações.

A minha família, em especial meus pais e irmãos: Anelise e Leandro, e ao meu namorado Paulo pelo incentivo para eu persistir, pela paciência e compreensão em todos os momentos.

A todos os meus amigos, em especial aos meus amigos Allan e Jordana, pelas várias demonstrações de amizade e compreensão nos diversos momentos de dificuldade.

A Profa. Ana Lúcia Nardi Arruda, pela revisão desse texto, pelas palavras amigas de incentivo, sua disposição de ouvir e apoio na etapa final desse trabalho.

A equipe da Psiquiatria, pela paciência e compreensão nos vários momentos de ausências, choro e impaciência.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização desse trabalho, o meu muito obrigada.

*“Meu corpo treme em silêncio,  
Latente, no escuro deste quarto  
Onde paira o ar pesado, suspenso,  
Na morbidez de um sentimento hartado...  
Agora, o que sobrou de mim?  
Não consigo encarar ao espelho  
Estou vivo, mas esperando meu fim,  
Ligado há vários aparelhos...  
Outra vez meu dia virou noite,  
E meu corpo já cansou de sofrer  
A vida tem me levado à base de açoite,  
Agora só espero o momento de morrer...  
Mas estou lúcido, só queria que soubesse,  
Que com sua lágrima, eu sigo agonizando  
Preza a minha garganta, ela não desce,  
Então acabo por você também chorando...  
Há um anjo aqui, sobre o mármore frio  
E somente eu posso ver ele  
E só ele sabe, que você me põe opróbrio,  
Ao notar as chagas da minha pele...  
Dói, dói tanto que até a alma sente,  
Tento gritar, mas sei que não posso  
Fechei-me para o mundo, e dele estou ausente,  
Neste meu desespero tão acosso...  
Eu sei que me prendi a vida,  
Muito mais do que eu devia  
Mas queria voltar ao ponto de partida,  
E poder ver que ao seu lado eu seguia...  
Com um peito que sangra, na mísera ilusão,  
Ao pensar que ainda pode me fazer viver  
Mas aparelhos matem vivo apenas meu coração,  
Porque a alma já se pôs a morrer...  
E não quer viver pelo mal fadado,  
Desestimulado, por esta distanásia  
Então peço a Deus, que livre do pecado,  
A quem me presentear com a eutanásia...  
Já passou minha hora, estou desfigurado,  
Não reconheço essa maneira de viver  
Ouvindo meu coração, há um aparelho ligado,  
Mantendo-o vivo, mesmo sem poder viver...”*

*Marco Ramos*



## RESUMO

DANTAS, A. A. **O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos**: uma reflexão sobre a eutanásia. 125 f. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

Os avanços do conhecimento médico e das constantes inovações tecnológicas que instrumentalizam a prática da medicina implicam em relevantes repercussões no campo ético e social que dão significados e pertinências para um olhar multidisciplinar permanente entre a ciência médica e as humanidades. Há uma intrínseca relação entre medicina e as ciências humanas. Com efeito, medicina e saúde são preocupações humanas no seu mais pleno sentido. Corpos, mentes, emoções e relações humanas são exploradas e expressadas tanto pelas artes e humanidades quanto pela ciência. Os alunos dos cursos de Medicina compartilham momentos marcantes, por vezes dramáticos, das pessoas: nascimento, morte, incapacidades físicas, sofrimentos e doenças ameaçadoras. Nesses encontros surgem sofrimento, ansiedade, constrangimentos, frustrações e desilusões. A aproximação com as artes e as humanidades poderá permitir respostas efetivamente críticas, humanas e éticas a essas dificuldades, pois tratam de questionamentos reflexivos a respeito da recordação e da interpretação da experiência humana. As humanidades exploram com cuidado e lucidez teórica a ambiguidade, a incerteza e a complexidade da vida humana. Por tratar de questões relativas à subjetividade humana de forma crítica e lógica, elas oferecem elementos para o raciocínio por meio de síntese e análise que são necessários para o exercício da medicina. Do ponto de vista educacional, as humanidades médicas podem também auxiliar no desenvolvimento da capacidade de conceitualização crítica e de análise de valores profissionais e pessoais, além de promover ações reflexivas acerca das relações empáticas interpessoais e do trabalho em equipe. Nesse sentido, as artes e as ciências humanas podem contribuir de alguma forma para o reposicionamento conceitual da própria medicina. O estudo das humanidades pode não ser capaz de

tornar os médicos mais humanos, mas pode aprofundar a compreensão do entendimento e conhecimento da experiência humana. O ensino da ética e, particularmente do julgamento moral, é necessário e primordial para formação dos alunos do curso de medicina, pois o cuidado da saúde dos indivíduos e das populações pressupõe ações e decisões que devem ser permanentemente avaliadas racionalmente com respeito às suas reais e efetivas repercussões. As artes cinematográficas podem estimular a avaliação crítica e o entendimento efetivo das narrativas e necessidades únicas dos pacientes. O objetivo do presente estudo é mostrar que a análise estruturada de um filme comercial pode se constituir numa atividade instrucional facilitadora para concretização de objetivos educacionais relativos ao ensino da bioética e, em particular, dos problemas morais concernentes à eutanásia. Por meio de uma interpretação macro e micro-analítica do filme comercial *Mar Adentro*, identificaram-se exemplos de situações e oportunidades de ensino-aprendizagem. Algumas cenas foram descritas de forma sintetizada e delas destacadas os diferentes olhares dos personagens sobre o tema. O critério de seleção das cenas pautou-se pela sua capacidade em revelar conteúdos e situações que podem estimular a reflexão acerca dos dilemas morais/bioéticos relativos ao direito à vida. A assistência completa de um filme comercial pelos alunos seguida da discussão de cenas pode ser utilizada como instrumento pedagógico significativo para atingir objetivos educacionais humanísticos dos currículos dos cursos de Medicina.

**Palavras-chave:** Humanidades médicas. Educação. Cinema. Eutanásia. Bioética.

## ABSTRACT

DANTAS, A. A. **The movies as a teaching tool to discuss problems of bioethics: thoughts on euthanasia.** 125 f. 2008. Dissertat (Masters) - College of Medicine, Federal University Uberlândia, Uberlândia, 2008.

Advances in medical knowledge and constant technological innovations which have provided tools for the practice of medicine have relevant repercussions in the ethical and social fields. These give significance and pertinence to a permanent multidisciplinary look at the intrinsic relationship between medical science and the humanities. Indeed, medicine and health are a human concern in the fullest sense. Bodies, minds, emotions and human relations are explored and expressed both by arts and humanities and by science. Medical students share people's significant, sometimes dramatic moments: births, deaths, physical handicaps, suffering and life-threatening diseases. The approach to arts and humanities may make it possible to obtain truly critical, human and ethical answers to these difficulties, since they deal with reflexive questions about the memory and interpretation of human experience. The humanities explore the ambiguity, uncertainty and complexity of human life carefully, with theoretical lucidity. Since they deal with issues involving human subjectivity in a critical and logical form, they offer the elements for reasoning by means of synthesis and analysis, which are needed for the practice of medicine. From the perspective of education, medical humanities may also help in the development of the capacity for critical conceptualization and analysis of professional or personal values, besides promoting reflection on the interpersonal relations of empathy, and team work. In this sense, arts and human sciences may have something to contribute to the conceptual repositioning of medicine itself. The study of humanities may not be able to make physicians more human, but it can create greater understanding and knowledge about the human experience. Teaching ethics, and particularly moral judgment, is necessary and essential to educate medical students, since caring for the health of individuals and populations presupposes actions and decisions that must be permanently evaluated rationally, with regard to their real, effective repercussions. The art of film can stimulate a critical evaluation and the real understanding of the patients' narratives and unique needs. The purpose of this study is to show that the structured analysis of a commercial film can be an instructive activity which facilitates achieving the educational aims involving the teaching of bioethics, and in particular, the moral problems concerning euthanasia. By means of a macro and microanalytic interpretation of the commercial film, *Mar Adentro* (The Sea Inside, 2004), examples were identified of teaching-learning situations and opportunities. A few summary descriptions were made of a few scenes, and in them the different ways the characters saw the scene were highlighted. The criterion used to choose the scenes was based on their capacity to reveal contents and situations that could stimulate reflection about the moral/bioethical dilemmas of the right to life. Having the students

watch a complete commercial film, followed by the discussion of scenes can be used as a significant pedagogical instrument to attain the humanistic educational aims of the Medical courses.

**Keywords:** Medical humanities. Education. Cinema. Euthanasia. Bioethics.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1:** Idéias motivadoras para a reflexão dos aspectos subjetivos das práticas profissionais médicas: uma contribuição para o processo ensino-aprendizagem.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
 <b>CAPÍTULO 1 - HUMANIDADES MÉDICAS</b>	
1.1 O processo saúde-doença .....	20
1.2 Subjetividade da relação médico-paciente: uma afirmação da perspectiva humanista da prática médica .....	25
1.3 As diretrizes curriculares dos cursos de medicina .....	29
1.4 Humanidades médicas e educação médica .....	35
 <b>CAPÍTULO 2 – BIOÉTICA</b>	
2.1 História e conceitos .....	41
2.2 Princípios bioéticos: justificação moral dos problemas bioéticos em medicina .....	46
2.3 O processo ensino-aprendizagem em bioética nos currículos dos cursos de medicina .....	49
2.4 Eutanásia: direito à vida .....	53
2.5 O conceito de morte: uma construção histórica socio-cultural .....	54
2.5.1 As representações da morte .....	59
2.6 Eutanásia: aspectos éticos e bioéticos .....	60
 <b>CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS, METODOLOGIA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA</b>	
3.1 Objetivos .....	66
3.2 Metodologia .....	67
3.3 Justificativas .....	68
3.3.1 Da escolha temática: problemas bioéticos e eutanásia .....	68
3.3.2 Da escolha das artes cinemáticas .....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABP - Aprendizado Baseado em Problemas

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde

CADASIL- *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*,

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médio

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EBEPE - *European Biomedical Ethics Practitioner Education Project*

EUA – Estados Unidos da América

LILACS – Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NPSEF - *National Patient Safety Education Framework*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBL - Problem Based Learning

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí

3.3.3	Da escolha do filme <i>Mar Adentro</i> .....	78
-------	--	----

#### **CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DO FILME *MAR ADENTRO***

4.1	Enredo .....	80
4.2	Contribuições do filme para o processo ensino-aprendizagem em bioética .....	84
4.2.1	Análise macro-analítica .....	84
4.2.2	Análise micro-analítica .....	86

	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	101
--	-----------------------------	-----

	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	102
--	-----------------------------------	-----

	<b>APÊNDICE A - Listagem das representações artísticas da morte e do morrer no cinema</b>	112
--	---	-----

	ANEXO A - Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001	114
--	--	-----

	ANEXO B - Ficha Técnica do filme <i>Mar Adentro</i>	118
--	---	-----

	ANEXO C - Ficha Técnica do filme <i>Menina de Ouro</i>	120
--	--	-----

	ANEXO D - Ficha Técnica do filme <i>As Invasões Bárbaras</i>	122
--	--	-----

	ANEXO E - Testamento e Poema Final de Ramón Sampedro Caméan	124
--	---	-----



## INTRODUÇÃO

O caráter exclusivamente técnico da formação dos profissionais das ciências da saúde cedeu lugar à preferência por práticas educacionais inovadoras que transcendem a incorporação de conhecimentos necessários para a compreensão do processo saúde-doença. Tais práticas consideram relevante a abordagem holística do paciente. Com efeito, verifica-se freqüentemente uma insatisfação apontada pelos pacientes relacionada à maneira fria e desumana com que são tratados pelos profissionais da saúde que assumem uma postura alienada e reducionista, uma vez que priorizam o tratamento das doenças e não dos doentes e desprezam a complexa dimensão biopsicossocial do adoecimento. Esse cenário das práticas de saúde vigentes exige uma transformação do processo ensino-aprendizagem que possibilite, ao futuro profissional, o entendimento do paciente como um todo em seu adoecer (BLASCO et al., 2005).

As ciências da saúde têm duas bases de conhecimento que direcionam sua prática: o científico e o humanístico. O primeiro se diferencia essencialmente por seu caráter reprodutível, testável e objetivo. O segundo, por suas características subjetivas, imprevisíveis e valorativas. Nessa lógica, os profissionais da saúde devem aplicar seu conhecimento científico ao fenômeno humano (TAPAJÓS, 2005). Essa postura fará com que a sua formação seja ampla e dotada de uma combinação das diferentes áreas do conhecimento.

A matriz flexeneriana<sup>1</sup> de educação médica impõe fragmentação dos saberes e das práticas e falha na compreensão da complexidade do processo saúde-doença que incide no campo humano no seu sentido mais pleno - os encontros humanos. Trata-se, portanto, de incluir as humanidades médicas na formação do aluno para dar conta da sensibilidade e da subjetividade dos encontros entre os doentes e os futuros médicos (MARINS et al., 2004).

---

<sup>1</sup> Refere-se ao modelo que surgiu após o trabalho feito pelo acadêmico da Johns Hopkins University, Abraham Flexner (1866-1925) analisando escolas de todos os estados americanos e Canadá. Forneceu um diagnóstico contundente e produziu um relatório que revolucionou a educação médica ao identificar o excesso de escolas mal-estruturadas, a má instrução e formação dos profissionais e a ausência de um controle externo. Porém, o modelo flexeneriano foi bastante criticado pelo movimento anti-científico dos anos 60, pois é considerado “positivista, hospitalocêntrico e biologizante.” HUWENDIEK, S.; MENNIN, S.; NIKENDEI, C. Medical education after the flexner report. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 356, n. 1, p. 90, Jan. 2007.

Os professores estão familiarizados com um fenômeno antigo: há estudantes de medicina, por exemplo, que iniciam seus estudos repletos de idealismo e altruísmo e, posteriormente, começam a mostrar sinais decepcionantes, tornando-se menos empáticos e até mesmo cínicos. Isso é resultado de uma formação humanística deficiente, associada à dificuldade em vivenciar situações conflituosas com os quais se deparam na fase final do curso, visto que as explicações unicamente racionais são insuficientes para o enfrentamento dos problemas dos seus pacientes (GORDON, 2008). Os encontros nos cenários das práticas na área da saúde são caracterizados por alto grau de ambigüidade, incerteza e imprevisibilidade que demandam habilidades profissionais específicas. A inclusão das humanidades nos currículos dos cursos de medicina contribui, por exemplo, para o desenvolvimento de habilidades comunicativas necessárias para melhor compreensão das narrativas dos pacientes e do próprio discurso técnico-científico (BLEAKLEY; MARSHALL; BRÖMER, 2006).

O termo humanidades médicas compreende as ciências humanas (literatura, filosofia, ética, história e religião), as ciências sociais (antropologia, estudos culturais, psicologia e sociologia) e as artes (música, literatura, teatro, cinema e artes visuais), e suas aplicações na educação e na prática médica. As humanidades e as artes oferecem um olhar para a complexidade da condição humana e para uma perspectiva histórica da prática médica. A literatura, a filosofia e as artes auxiliam no desenvolvimento de habilidades como observação, análise, empatia e auto-reflexão que são essenciais para o cuidado médico humanizado. As ciências sociais auxiliam entender como a medicina se situa nos contextos culturais e sociais e como a cultura interage com a experiência individual no processo saúde-doença. Recentemente, têm sido oferecidas disciplinas que incluem um campo inter e transdisciplinar como, entre outras, os estudos da cultura, dos gêneros, da geografia humana e da psicologia cultural (EDGAR; PATTISON, 2008).

Um fator que dificulta a proposição de um conteúdo ideológico para a formação humanística do médico, por exemplo, relaciona-se às mudanças históricas no significado social e ético da atividade médica (PESSOTTI, 1996). Essa formação humanística precisa preparar o médico para saber ouvir o homem (o ser humano) (SCLIAR, 1996) que está vitimado pela doença, razão pela qual o paciente busca ajuda. Nesse sentido, a educação do profissional da saúde precisa sair de sua dimensão essencialmente técnica para incorporar valores humanistas, fundamentais

na percepção da alteridade. As humanidades vêm para encorajar os alunos a identificar, explorar, desenvolver e manter seus valores pessoais, desenvolvendo nos estudantes habilidades de comunicação, incluindo uma percepção mais aguçada das dimensões éticas de suas práticas e condutas terapêuticas (EVANS, 2002a).

Blasco (2006, p.25) ressalta a importância de se educar a afetividade do aluno no processo educacional, uma vez que suas emoções não podem ser desprezadas durante esse processo. Assim, o aluno necessita que o seu mundo (seu universo de relações afetivas, seus valores culturais e sentimentos) seja representado e compreendido. A valorização da afetividade no processo ensino/aprendizagem favorece a elaboração do raciocínio lógico que, por conseguinte, refletirá positivamente nas condutas profissionais do futuro médico. Dessa forma, é possível uma educação médica eficaz que alcance os objetivos de uma formação humanística, ética e responsável do educando (BLASCO, 2006).

A experiência vivenciada concretamente ou representada dos dilemas morais abordados são fundamentais no processo educacional, pois determinam a motivação e a busca ativa do conhecimento. As imagens e as emoções apresentadas na tela se configuram em caminhos alternativos que estimulam a racionalidade (BLASCO, 2006, p.52).

O cinema pode desempenhar várias funções na educação médica. Ele pode ser um instrumento facilitador para a comunicação entre o professor e o aluno na medida em que é uma ferramenta didática que vai de encontro ao padrão cultural predominante na atualidade, uma cultura baseada nas imagens, nos sentimentos, na chamada “cultura do espetáculo” (há uma conotação negativa desse referencial que mereceria atenção). Ele acaba por otimizar a possibilidade de ver, ouvir, e experimentar algo não vivenciado na realidade ou de algo vivenciado concretamente, mas de forma protegida. Assim, o cinema oferece ao estudante a oportunidade de sair da mera abstração para um retrato recortado do concreto por meio de uma representação artística dos conceitos e temas abordados na teoria. Ele traduz formas de vida, de valores sociais e culturais. Possibilita ao aluno e ao educador refletir, reavaliar pré-conceitos e ressignificá-los através de histórias e narrativas alheias. Nesse sentido, o cinema propicia que o aluno recrie valores humanistas pré-existentes, tão importantes pessoal e profissionalmente em benefício

dos futuros pacientes. Pode-se dizer que o cinema desempenha um papel de “educador sentimental” (BLASCO, 2006, p.40-49).

Outro aspecto importante relaciona-se à oportunidade que o cinema cria de estabelecer um diálogo variado, complexo, multidisciplinar, menos formal, fora dos moldes e limitações impostos pela teoria. Esses diálogos geram discussões capazes de externar as experiências pessoais dos alunos estimulando o debate, propicia um novo olhar do educando para o objeto de estudo. Vale enfatizar que a temática abordada, a partir de um filme apresentado aos alunos, não resulta em uma discussão a ela limitada. Cabe também ao educador, nesse processo de ensino-aprendizagem, aproveitar a ocasião e oferecer oportunidades para que os alunos reflitam acerca de si mesmos (auto-conhecimento) e do mundo que os cerca (BLASCO, 2006, p.53-55).

Nessa perspectiva, o presente estudo busca conciliar a inserção das disciplinas de humanidades nos cursos de graduação das ciências da saúde com a abordagem de um tema polêmico pertencente ao campo da Ética (especificamente da bioética) utilizando como ferramenta educacional as Artes Cinemáticas, o cinema. O objetivo é de promover o debate, estimular a reflexão dos alunos e principalmente, gerar, por parte deles, o raciocínio crítico e a autonomia intelectual. No futuro, serão esses alunos que decidirão sobre as questões de vida e morte e para tal precisam ser devidamente formados e capacitados. Tal formação transcende a mera reprodução técnica de conceitos apreendidos na teoria.

Poucos temas abrangem tantos aspectos quanto o da eutanásia, cujo debate parece condenado ao emocionalismo, seja qual for a posição dos interlocutores; e disto decorre o fato de tal questão suscitar, a fim de que se proceda uma lúcida análise do tema, uma rigorosa adequação jurídica, moral e médica concomitantemente (SIQUEIRA-BATISTA, 2004). Fica implícito ao se estabelecer qualquer debate acerca da eutanásia que se torna necessário inicialmente a formulação de conceitos fundamentais à discussão, tais como vida, morte, ética, responsabilidade e direitos humanos (GOIC, 2005).

Dessa maneira, a contribuição da Filosofia é indispensável se levarmos em consideração a complexidade das discussões teóricas pertencentes ao campo da Ética e mais diretamente, a Bioética no caso específico da eutanásia. A conceituação da eutanásia é possível por meio de uma longa diferenciação das

classificações e tipificações existentes que variam conforme diferentes campos do conhecimento, como a filosofia, as ciências da religião e o direito.

Nesse sentido, esse estudo procura estabelecer a inter-relação entre a ética e a saúde, ou seja, a ética prática (moralidade) uma vez que o profissional da saúde deve ter uma formação teórica que o capacite a agir de forma ética e responsável diante de contextos em que a vida do outro dependa de sua conduta, ou seja, da sua ética profissional posta em prática, o que resulta na classificação moral de suas ações.

A escolha por relacionar as disciplinas humanísticas com as disciplinas chamadas biomédicas se deve a meu envolvimento nas duas áreas, uma vez que fui acadêmica do curso de Graduação em Ciências Sociais e Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Durante o curso de graduação em enfermagem experimentei, em diversos momentos, na prática hospitalar, a falta da abordagem dos aspectos humanísticos dos pacientes. A distância existente entre os profissionais da saúde e seus pacientes remeteu às lembranças de momentos que vivenciei em minha infância, quando passei boa parte internada devido a uma cardiopatia congênita. Já nessa ocasião percebi o descaso com outros fatores que me causavam sofrimento e que vão além da patologia e dos procedimentos técnicos aos quais me submeti. Surgiu desde então, o desejo de conciliar essas duas áreas do conhecimento de modo a favorecer a qualidade da assistência de saúde dispensada ao paciente com um enfoque multidimensional.

É visível a deficiência na formação humanística dos profissionais de saúde o que pode ser claramente percebido nas atitudes diárias presenciadas no ambiente hospitalar no qual, muitas vezes, a dimensão humana do paciente é pouco valorizada. A convivência diária com temas polêmicos relacionados ao ser humano, como a morte, por exemplo, exige preparação não só técnica, mas humana e ética desses profissionais.

Como critérios para seleção do cinema entre as artes como base para a discussão teórica de um tema atual e polêmico, a eutanásia, foram consideradas sua popularidade, acessibilidade e familiaridade pelos alunos. A abordagem desse tema é importante uma vez que está intrinsecamente dependente de profissionais ligados à área da saúde para sua prática e lida diretamente com o bem incondicional maior, a vida humana.

## CAPÍTULO 1 - HUMANIDADES MÉDICAS

*“Os estudos humanísticos são os hormônios que catalisam o pensamento e humanizam a prática médica.”*

*(William Osler)*

### 1.1 - O processo saúde-doença

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu durante muito tempo a saúde como a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1946). Segre e Ferraz (1997) problematizam essa definição por visar a uma perfeição inatingível, ou seja, uma utopia, além de ser na discussão realizada pelos autores considerada “irreal, ultrapassada e unilateral”.

No entanto, por mais problemática que seja essa definição, ela serve aqui como uma prova de que a discussão acerca da saúde (ou ausência dela) requer análise e avaliação do paciente em uma dimensão que ultrapassa sua condição física, objetiva e patológica e exige a discussão da subjetividade do processo, saindo de um enfoque prioritariamente objetivo e tecnicista. Uma visão mais humanizada dos profissionais das ciências da saúde “pode contribuir para um contato mais sintônico, mais empático e, conseqüentemente, mais ético, entre eles e a população assistida” (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Portanto, a noção de bem-estar envolve outras dimensões da vida humana, tais como os aspectos sociais, psíquicos ou espirituais. Com efeito, a saúde deve ser entendida em seu sentido mais amplo como

um componente da qualidade de vida [...], um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p.11).

Gadamer (2006a, p. 109-110) discute a saúde relacionada aos elementos que definem seu caráter oculto e transcendem à mera abordagem do papel do profissional que com ela lida. Nesse sentido, a sociedade da “ciência moderna” enfatiza o questionamento de como deve ser feita a abordagem tanto da saúde quanto da doença, diante da amplitude das transformações científicas que devem coexistir com a complexidade de aspectos definidores da experiência humana. Para esse autor: “nas questões vitais sobre saúde e doença sobressai, em especial medida, apenas a tensão básica de nossa civilização fundamentada pela ciência”.

Expressões como “qualidade de vida” expõem a tensão existente nessa sociedade cujas práticas relacionadas à saúde se caracterizam por uma ciência da doença. “A doença é aquilo que se impõe como perturbação, o perigoso, com o qual se tem que lidar” (GADAMER, 2006a, p. 110). Ainda sobre a saúde, o mesmo autor conclui que a saúde é o que torna necessário o tratamento médico sendo que parte de um tratamento é o diálogo, que domina a dimensão decisiva de toda atividade médica e não somente entre os psiquiatras. O diálogo promove a humanização da relação entre uma diferença fundamental, a que há entre o médico e o paciente. Tais relações desiguais pertencem às mais difíceis tarefas entre os seres humanos (GADAMER, 2006a, p. 118).

Ressalta ainda que a importância da manutenção do equilíbrio para a saúde “é o ritmo da vida, um processo contínuo no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar” (GADAMER, 2006a, p. 119). Na mesma perspectiva, Tengland (2006) aponta que o objetivo principal de qualquer prática relativa à saúde (seja em relação ao cuidado, à educação ou à promoção) é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e das populações. A saúde relaciona-se então com “bem-estar” e “qualidade de vida”, e depende de uma interação complexa entre os fatores que nela interferem, individual e/ou coletivamente, internos e/ou externos, tais como: segurança social, democracia, racionalidade, sentimento de vitalidade, dentre outros. Nesse sentido, a saúde é influenciada por aspectos objetivos (relacionados a fatores externos, circunstanciais, ambientais) e subjetivos (do indivíduo em suas particularidades, com seus valores pessoais) e deve ser compreendida, dessa forma, em uma perspectiva pluralista.

As concepções e as práticas relacionadas ao processo saúde-doença estabeleceram diferentes paradigmas e, inicialmente, foram, sobretudo, influenciadas por uma visão mágico-religiosa (BARROS, 2007; ALMEIDA, 1998). Na

Antigüidade, por exemplo, há inúmeros relatos de que as doenças eram tratadas como resultantes de interferências espirituais e possessões. As explicações místico-religiosas dominavam o imaginário dos indivíduos, muitas vezes, retirando dos mesmos a noção do que era não estar bem ou estar doente.

Foi a partir de Hipócrates (460-377 a. C.), considerado o “pai da Medicina”, que se intensificou a busca de explicações não sobrenaturais sobre a origem do universo e da vida, as quais foram favorecidas, em especial, pelas contribuições da Filosofia. “A escola hipocrática aprofunda estratégias de recuperação da saúde, mas, sobretudo, de prevenção das doenças” há em vários textos hipocráticos a identificação de uma “valorização do ambiente de trabalho, da habitação ou da dieta, na determinação do bom estado de saúde” (BARROS, 2007). A medicina que Hipócrates propunha, abrigava de certa forma, a filosofia humanista, pois no processo educativo o médico era abordado também em sua dimensão humana, e isso favoreceu o reconhecimento da necessidade de uma orientação ética das condutas (PESSOTTI, 1996).

A trajetória histórica da institucionalização da Medicina foi marcada por um processo lento, misto e influenciado diretamente pelas ciências humanas e exatas, tais como a física, a matemática, a filosofia dentre outras. (PESSOTTI, 1996). Foi com Galileu, Kepler, Newton e posteriormente com Descartes que o espírito científico se sobrepôs ao enfoque do conhecimento do homem por meio da filosofia, em sua complexidade. Esse enfoque considerava prioritariamente o corpo humano como um objeto de estudo, colocando de lado a subjetividade e a dimensão afetiva do homem, sua alma e suas emoções.

A Medicina, configurada a partir dos séculos XVII e XVIII, legitimava e prestigiava o conhecimento, que era fruto de objetos concretos, adquiridos empiricamente. O médico transforma-se na representação do poder de cura, sendo capaz de influenciar, por sua competência, adquirida com o conhecimento científico, a sobrevivência do doente (PESSOTTI, 1996). Assim, a Medicina, ao ser considerada uma ciência, incorporou, ao longo de sua consolidação, o caráter objetivo, prático e racional característico do contexto histórico que vivenciava. A partir disso, a abordagem do paciente passou a ser feita sob a ótica de princípios que caracterizam o modelo biomédico.

Esse modelo mecanicista está historicamente vinculado ao contexto do Renascimento e toda a revolução social, artística e cultural que acompanhou a



época. Destaca-se desde sua fundamentação o início das características sócio-econômicas que originaram o capitalismo, modelo econômico que foi e ainda é responsável pela difusão de uma mentalidade que valoriza o consumo, o valor material dos objetos e até mesmo das pessoas. Aparece em evidência como base desse modelo o filósofo e matemático René Descartes (1596-1650), que discutiu a relação sujeito/objeto, ao estabelecer um método para se chegar ao conhecimento, com destaque para a concepção do corpo humano e do mundo como grandes máquinas a serem exploradas. Naquele momento, o interesse médico voltou-se para a patologia, e a abordagem biomédica ganhou espaço, com destaque para a teoria microbiana, a epidemiologia e imunologia, dentre outras (BARROS, 2007; PESSOTTI, 1996).

É por isso que a educação em saúde, hoje, ainda está amplamente apoiada no modelo biomédico mecanicista e nos princípios iluministas que objetivam a mudança do comportamento do indivíduo exclusivamente pela razão (TEIXEIRA; DAHER, 1999). O modelo biomédico traz consigo contribuições notáveis e responsáveis pela consolidação e reconhecimento da prática médica ao longo da trajetória da medicina (TAPAJÓS, 2005). Dentre elas, é fundamental destacar a ênfase ao desenvolvimento tecnológico em benefício da ciência médica e de diagnósticos mais precisos, o aprimoramento na busca de medicamentos novos e eficazes para o tratamento e prevenção de várias doenças e ainda o incentivo à pesquisa farmacológica (PESSOTTI, 1996; BARROS, 2007).

Outro fenômeno de grande relevância no desenvolvimento da medicina e do tratamento ao paciente enfermo é a medicalização. A introdução da conduta médica de medicar o paciente reduziu de certa forma o processo saúde-doença, uma vez que bem-estar e sofrimento passaram a ser vistos como resultantes da ação satisfatória e eficaz ou não dos medicamentos. Assim, o médico funciona como um “placebo” e torna-se mais evidente a deficiência de competência profissional. Esse vínculo criado entre o consumo do medicamento e o bem-estar foi mais um aspecto de um processo que pôde ser caracterizado como a “mercantilização da medicina” (BARROS, 2007).

Porém, independentemente dos avanços tecnológicos e científicos, havia a impossibilidade de fornecer respostas objetivas, previsíveis e conclusivas para determinados problemas de saúde, já que esses estavam diretamente relacionados a componentes psicológicos ou subjetivos do paciente. A habilidade técnica e o

conhecimento científico tornaram-se insuficientes para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e até mesmo para conseguir a cura de determinada patologia ou condição de sofrimento.

Fatores sociais e psíquicos, em certos casos, podem ser mais relevantes no tratamento do paciente que os fatores biológicos ou fisiológicos (PESSOTTI, 1996). Com o passar dos anos, tais elementos, pertencentes aos mais diversos campos do conhecimento, tornaram-se imprescindíveis à prática médica, recebendo influências de um modelo biopsicossocial (MAINETTI, 1992). Nesse contexto, é necessário considerar a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, compostos por fatores biológicos econômicos, culturais e sociais. Isso porque saúde e doença não são estados estanques, isolados e conseqüentes de causas aleatórias (ALMEIDA, 1998).

No final da década de sessenta, surgiu como resultado de uma crise social econômica e política, bem como da própria medicina, uma corrente crítica de pensamento médico que questionava o caráter puramente biológico da doença e da prática médica dominante (LAURELL, 1982). Tal corrente propôs, dentre outras ações, que o processo saúde doença fosse analisado como um fato social. Em razão disso, tornava-se urgente uma intervenção na formação dos profissionais da saúde e, em especial, dos médicos.

Essa intervenção seria possível por meio de modificações das grades curriculares, nas quais seriam incluídas as ciências humanas e sociais. Assim, ao abordar o processo saúde-doença, é impossível ignorar os aspectos culturais, sociais e subjetivos que o envolvem (LAURELL, 1982), como a realidade da base social e as diferentes representações do corpo, das emoções, dos conflitos que nele interferem, os quais o modelo biomédico não consegue suprir (TEIXEIRA; DAHER, 1999).

Mainetti (1992) destaca, no início dos anos setenta, o surgimento de um Modelo Humanista que começa a avaliar a complexidade que projeta a prática da Medicina para além da dimensão biopsicossocial que envolve a ciência médica. Explícita, a partir daí, a consideração da existência de um sujeito moral na Medicina, o qual deve estar devidamente orientado em relação aos valores e preocupado com aspectos da qualidade de vida de seus pacientes, sendo, conseqüentemente, capaz de conduzir o processo saúde-doença da melhor maneira possível, considerando o paciente além da preocupação com a competência da prática clínica.

## 1.2 Subjetividade da relação médico-paciente: uma afirmação da perspectiva humanista da prática médica

Abordar o termo “relação profissional” significa considerar a pluralidade da relação que engloba, em um sentido mais estrito, a relação profissional-paciente, uma vez discutida a noção do processo saúde-doença e suas implicações.

Essa relação deve ser compreendida desde a formação do profissional desejado e a construção de suas habilidades técnicas e humanas até a aplicação de seu conhecimento junto ao paciente (MACNAUGHTON, 2000). Na medicina, por exemplo, é mais visível a deficiência na formação profissional, provavelmente por causa da tradição histórica que coloca em evidência a atividade médica.

Burns (2003) afirma que há uma busca contínua por parte dos educadores e profissionais médicos por títulos, prestígio, conhecimento, dinheiro, equipamentos modernos, espaço, prêmios, reconhecimento, proximidade com colegas respeitados, alunos interessados, descobertas científicas e triunfos terapêuticos. Diante dessa constatação, questiona onde se encontra a busca pela “sabedoria” que, para ele, se relaciona ao conhecimento da complexidade da dimensão humana dos pacientes (associada ao desenvolvimento de uma “sensibilidade” do profissional) e como os aspectos subjetivos contribuem para a eficácia da terapêutica utilizada, bem como para a evolução das doenças. Os médicos acreditam desempenhar seu papel diário de forma sábia, na medida em que aplicam seu conhecimento científico e sua experiência clínica no cuidado de pacientes ou em atividades de ensino. Esquecem, na maioria das vezes, que a sabedoria não se restringe unicamente ao conhecimento técnico-científico e à sua aplicação.

Para discutir essa questão relativa à sabedoria relacionada à prática médica são importantes os trabalhos de Sir William Osler<sup>2</sup>, cuja vida e atividades foram analisadas e notadamente reconhecidas. Nessa busca pela sabedoria, Osler contribuiu de forma significativa ao perceber nos médicos (em suas batalhas diárias pela compreensão do paciente e em suas imersões pela identificação da dimensão

---

<sup>2</sup> Sir William Osler (1849-1919), canadense, com reconhecida atividade nos Estados Unidos e radicado na Inglaterra, que exerceu profunda influência sobre a Medicina. Atuou como clínico, professor, educador, pesquisador, historiador e humanista, e exercia em suas atitudes um “exercício filosófico da profissão”. É reconhecido por suas qualidades e no exercício da atividade clínica, exercendo a medicina “a beira dos leitos e atividades de ensino como pontos centrais em suas lições de aprendizado, comportamento e carreira de magistério. DECOURT, L. V. *William Osler na intimidade de seu pensamento*. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br/conteudo-medico/decourt/momento%20de%20reflexao%20william%20osler.html>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

humana de seus pacientes os quais buscam cotidianamente coragem e sabedoria) uma familiaridade que o sustentou e o aliviou na esperança de que o exercício da Medicina poderia se tornar mais sábio e humano (BURNS, 2003).

Em maio de 1919, Osler em seu último discurso público sublinhou a crença hipocrática (que incorpora a filosofia humanista e associa a Medicina aos preceitos humanistas necessários ao profissional médico) utilizando-se de uma importante analogia entre os valores humanistas e o corpo humano. Segundo esse autor, para que o médico demonstre sabedoria deve existir equilíbrio entre os valores da filosofia (representada pela cabeça), da filotecnia (as mãos) e da filantropia (o coração). A introdução dessa trilogia na ciência médica enfatizava a proximidade existente entre o intelecto (cabeça) e o mentor da ação médica (mão), seja esta em um procedimento cirúrgico ou numa prescrição. Tais fatores, entretanto, deveriam manter estreita conexão com os valores do coração, compaixão, simpatia, gentileza, caridade e outras sensibilidades humanas, posto que somente a “cabeça” e a mão do “médico” não seriam suficientes nem capazes de honrar ou conquistar seus mais altos ideais (BURNS, 2003).

Assim, a educação do profissional da saúde deve superar a dimensão essencialmente técnica e incorporar valores humanistas (MACNAUGHTON, 2000), fundamentais para a percepção da alteridade, na compreensão do outro em sua complexidade. Posto que a consideração da presença do “outro” e a noção da “alteridade” são imprescindíveis para a formação do profissional da saúde. Também é importante a contribuição da Antropologia, como ciência humana e social.

Sacks (1995) em seu livro *Um antropólogo em Marte* ilustra a complexidade da mente humana e a importância da compreensão do outro para melhor ajudá-lo ou tratá-lo. Médico, considerado um neurologista preocupado com a “humanização” da medicina, Sacks apresenta sete narrativas que abordam a natureza humana e sua associação às patologias neurológicas, como o autismo, o daltonismo e a amnésia. Em suas narrativas, os personagens traduzem “histórias de sobrevivência em condições alteradas”, enfrentam diversas condições neurológicas e se destacam pela capacidade adaptativa e criativa para conviver com doenças, que alteram de forma intensa e cruel seu grau de “normalidade”.

Ao expor tais relatos, Sacks aborda a questão da alteridade necessária na relação médico-paciente e critica de forma contundente a postura médica objetivista e realista, pois para ele os pacientes criam mundos interiores influenciados pelo

acometimento da doença. Em razão disso, o autor propõe um estudo da identidade do paciente e o emprego de um ponto de vista intersubjetivo que favoreçam o reconhecimento da doença no doente, para que seja possível ao médico lidar com o doente e não apenas com a doença (SACKS, 1995, p.18-19).

Em razão desses fatores foram inseridas nas grades curriculares as disciplinas das humanidades médicas, as quais contribuem para encorajar os alunos a identificar, explorar, desenvolver, manter seus valores pessoais, além de desenvolver-lhes as habilidades de comunicação e de percepção nas áreas das dimensões éticas da saúde, de suas práticas e condutas terapêuticas (BLASCO, 1999 ; BLASCO et al., 2005).

De acordo com Pessotti (2006), um fator que dificulta a proposição de um conteúdo ideológico para a formação humanística do médico tem relação com as mudanças históricas no significado social e ético de sua atividade. Por isso, a formação humanística deve preparar o médico para saber ouvir o homem (o ser humano) acometido pela doença, razão pela qual o paciente busca ajuda.

Scliar (1996) afirma que, ao buscar ajuda, o paciente está acometido por uma angústia causada por um estado de anormalidade do corpo. Nesse momento, há a expressão de seus sentimentos em palavras dirigidas ao médico na esperança de que ele consiga traduzir o que ouviu. Assim, a percepção do médico em relação ao que pensa, sente e constata ao ouvir seu paciente será traduzida em palavras que serão dirigidas não só a esse paciente, mas aos seus familiares, a outros médicos e estudantes. Saber ouvir o paciente representa para o médico uma etapa imprescindível para o sucesso da terapêutica a ser utilizada e, para isso, é fundamental que em sua formação a dimensão subjetiva seja estimulada e desenvolvida.

O conhecimento técnico-científico na área das ciências da saúde não soluciona os problemas relativos ao tratamento das doenças humanas, pois se limita ao caráter objetivo da doença. A identificação clara desse caráter é importante, porque, muitas vezes, o adoecer está restrito quase que exclusivamente ao aspecto subjetivo do paciente. Nesse sentido, o caráter subjetivo da percepção do médico, por exemplo, em relação ao paciente e a maneira como ele avalia e vê a situação, influenciado por seus pré-conceitos, valores morais, pode também interferir no sucesso ou fracasso da terapêutica a ser utilizada. Nessa lógica, a prática profissional exige o auto-conhecimento e a auto-percepção do profissional da área

médica (GILLION, 2003; BLASCO et al., 2005).

Portanto, a aplicação do conhecimento técnico aprendido durante a formação profissional pode influenciar sobremaneira o trato com os fenômenos humanos relativos à saúde, pois a análise médica, nesses casos, pode transcender o caráter previsível, a objetividade e a racionalidade da aplicação técnica (TAPAJÓS, 2005).

O atual contexto histórico e social aponta problemas novos que exigem novas habilidades dos profissionais da saúde, em especial, as relacionadas à dimensão humana e desmistifica a idéia de que os pacientes sejam uma barreira existente entre o médico e a doença. Nesse contexto, a medicina pode ser prejudicial se ignorar ou marginalizar indivíduos (pacientes) ou grupos (GORDON, 2005). Além disso, vale sublinhar as questões éticas relacionadas às condutas terapêuticas que envolvem a utilização (ou não) de recursos tecnológicos complexos em benefício dos pacientes e problemas sócio-econômicos que influenciam diretamente sua evolução clínica (BARILAN, 2004). Em razão disso, o profissional médico deve saber interagir com a população adequando-se ao contexto social, às condições de trabalho e às práticas de saúde vigentes no país, para preservar a saúde, evitar e tratar as doenças (CUTOLO; CESA, 2006).

É nesse contexto que se insere a discussão acerca da formação dos profissionais das ciências da saúde cujas habilidades superam a técnica. A educação desses profissionais deve abordar a dimensão humana, imprescindível para que esses se tornem capazes de oferecer tratamento digno, ético e responsável ao paciente enfermo. Por causa disso, é preciso debater a estruturação dos currículos dos cursos de medicina e da área da saúde, tais como enfermagem, psicologia, fisioterapia, odontologia, entre outros (PESSOTTI, 1996).

O debate acerca da formação do profissional da saúde é importante ante à constante insatisfação registrada pelos pacientes no que se refere ao tratamento desumano e descontextualizado que lhes é destinado. Tal tratamento é parte de um processo de alheamento profissional que resume o paciente a mera patologia, desconsiderando o aspecto humano da relação médico-paciente. É em razão desses fatores que se enfatiza a necessidade de se incorporar no ensino e no tratamento dos pacientes uma perspectiva humanista da doença, que possibilite ao futuro profissional da saúde a compreensão do paciente como um todo complexo. (BLASCO et al., 2005).

Essa perspectiva humanista deverá incorporar entre seus aspectos as questões biomédicas, fundamentais para a conduta médica, especialmente, quando se tratar da aplicação de novas tecnologias como, por exemplo, a reprodução humana, a descoberta do genoma humano e o controle da morte e do morrer. O processo de democratização social, a defesa dos direitos dos pacientes e o desenvolvimento de relações de mercado na medicina ressaltaram a necessidade emergente de se discutir a capacidade dos alunos de vivenciarem e resolverem dilemas éticos futuros (IRAYDA; AURELIJA, 2007).

Embora a Medicina seja considerada a ciência mais humana, verifica-se que há pouca atenção destinada aos aspectos valorativos no processo ensino-aprendizagem e nos currículos médicos.

### **1.3 As diretrizes curriculares dos cursos de medicina**

Especialmente no que concerne às novas diretrizes curriculares nacionais, a saúde é considerada uma área de alta complexidade, uma vez que o processo saúde-doença humana envolve as relações sociais (na sociedade e no contexto histórico nos quais o paciente está inserido), as relações com a natureza, a biologia, as expressões emocionais e psíquicas e inclui aspectos que englobam desde o domínio físico até o espiritual (GARCIA et al., 2007; SILVA, 2006). Essas relações obrigam os setores de educação a adotar uma perspectiva interdisciplinar que rompa as fronteiras existentes entre as disciplinas antes isoladas no processo educacional (BAGNATO et al., 2007).

A tendência atual é formar os profissionais com base na regulamentação do ensino que prevê mudanças nas ações de saúde e na formação/capacitação dos recursos humanos, preparando-os adequadamente para “prestar uma assistência de qualidade em saúde, com abordagem integral, interdisciplinar, multiprofissional e equitativa” (LAMPERT, 2003).

Por conseguinte, o paciente deve ser abordado de forma holística, agregando a afetividade na relação médico-paciente em detrimento de um conhecimento adquirido unilateralmente. Esse novo modelo de formação é decorrente dos avanços tecnológicos ocorridos na medicina que enfocam os

aspectos fisiológicos da doença e tendem a desfavorecer os aspectos psicológicos e sociais do paciente (TRINDADE et al., 2005; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Esse modelo mecanicista de análise da doença é uma herança cartesiana, técnico-científica, pois, segundo Gull (2005), a inclusão das disciplinas das ciências humanas na educação médica já existia nos currículos da Roma antiga e faziam parte do chamado “*trivium*” (que englobava a gramática, a lógica e a retórica). Nesse sentido, é mais coerente falar em um “ressurgimento” das ciências humanas na década de 1960 (TAPAJÓS, 2005). Nos últimos anos, houve uma crescente demanda por apoio da inclusão das humanidades nos cursos de medicina principalmente nos EUA e no Reino Unido.

No final da década de 1960, nos Estados Unidos e posteriormente no mundo, intensifica-se a discussão acerca de um novo modelo de conhecimento na área da saúde, em especial na medicina, o qual é fruto do recorrente processo de desumanização dispensado pelos médicos aos pacientes (GREAVES; EVANS, 2000b).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (2001) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) (1991) são os principais promotores da reforma curricular e da disseminação de programas de integração multidisciplinar. Com essa nova orientação, surge a necessidade de se discutir, de modo sistematizado, a inclusão, nos currículos das ciências da saúde, de disciplinas que contribuam para a construção da dimensão humana do profissional da saúde (CRUZ, 2004; ALMEIDA et al., 2007; GARCIA et al., 2007).

Visando suprir essa necessidade, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, publicou em 2001 uma resolução que instituiu as DCN, que dentre outras determinações prioriza a “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” do futuro profissional“, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção” (ANEXO A). No entanto, as determinações dessa resolução ainda não foram efetivadas pela maioria das Instituições de Ensino Superior em Medicina no país. Recentemente, o Conselho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia aprovou uma reformulação curricular que busca contemplar as novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina.



Evans (2007) discute como foram iniciadas as discussões sobre a necessidade de se incorporar às humanidades nos cursos de Medicina e faz uma avaliação atualizada do papel desempenhado por tais disciplinas. Entende que as humanidades médicas não são “um estranho no ninho”, ou seja, não se encontram deslocadas em meio a um conjunto de disciplinas biomédicas, mas devem ser vistas como “um amigo perdido há tempos”.

Dentre as humanidades médicas se incluem literatura, teatro, filosofia, teologia, antropologia, história, música e artes visuais como o cinema. Essas disciplinas valorizam a estética (também dotada de racionalidade) na medida em que direcionam o sujeito para os significados, capacitam para a percepção da complexidade e da ambigüidade do ser humano, além de favorecer o raciocínio crítico, encorajando os alunos a refletirem sobre suas próprias vidas e sobre a vida do outro (GULL, 2005).

Atualmente, a preocupação com a formação médica se expressa em diversos artigos publicados por mundo todo. Na Austrália, muitos profissionais se empenham para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados com a saúde e com a educação dos profissionais dessa área (WALTON; ELLIOT, 2006).

Essas questões apresentam novos desafios para os novos profissionais da saúde que precisam desenvolver habilidades de comunicação, identificação, prevenção e manejo em eventos adversos, como perdas, além de aprender a lidar com informações, evidências e a trabalhar em equipe, de forma ética. Tais habilidades foram estabelecidas pelo *National Patient Safety Education Framework* (NPSEF) do Conselho pela Segurança e Qualidade no Cuidado de Saúde e constituem-se numa iniciativa que tem como objetivo dar suporte a alunos, instituições de ensino, organizações de saúde e profissionais liberais para trabalharem de modo humanizado e com segurança. Essa iniciativa surgiu após ser constatada a necessidade de se oferecer aos aprendizes dos cursos de saúde uma educação e uma prática médica interdisciplinares, verticalmente integradas nas quais estejam incorporados métodos inovadores, capazes de criar um sistema de saúde seguro (WALTON; ELLIOT, 2006).

De acordo com Garcia e colaboradores (2007), em 1991, foi criada no Brasil a CINAEM, que é uma Comissão formada por 11 entidades ligadas ao ensino. Em 2001, essa Comissão e a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação aprovaram as diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação

em Medicina. Tais diretrizes prevêm que os profissionais da medicina tenham formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Conforme Vieira e colaboradores (2003), os profissionais da área de saúde devem desenvolver a capacidade de atuar de acordo com princípios éticos no processo de saúde/doença em seus diferentes níveis de atenção. Cruz destaca na avaliação das propostas do CINAEM,

a emergência de novas redes conceituais que são estruturantes do novo processo de formação: as necessidades de saúde da população são objeto, tanto na prática médica quanto no processo de ensino-aprendizagem; a finalidade do curso médico passa a ser a formação de um médico que seja cuidador e que tenha como resultado de sua intervenção a produção de progressivos graus de autonomia dos usuários em relação a sua normatividade; as categorias acolher, compreender, significar, responsabilizar, intervir, resolver são destacadas como elementos essenciais do ato médico na construção da abordagem sobre o objeto da prática médica, e são tomadas como o *modus operandi* do processo de produção de conhecimento médico pelo estudante ao longo do tempo. A formação do médico está atrelada à dinâmica social do campo médico e da educação médica (CRUZ, 2004, p. 21).

As considerações acima permitem afirmar que, independente das falhas e limitações, a CINAEM tem contribuído significativamente para a educação das futuras gerações de médicos (CRUZ, 2004), pois essa comissão participou da reestruturação dos currículos dos cursos de graduação em medicina no Brasil e em nível mundial. Além disso, contribuiu para demonstrar que a inserção das disciplinas das ciências humanas na formação de profissionais da saúde, aliada à troca de experiências, pode proporcionar melhor capacitação aos profissionais da saúde no que se refere ao tratamento humanizado e de qualidade oferecido aos pacientes (BAGNATO et al., 2007). Assim, conforme Dellasega e colaboradores (2007), a partir de 2001, os profissionais da saúde seriam convocados a desenvolver um trabalho de educação na área da saúde, visando fortalecer a educação interdisciplinar e estreitar as relações com os profissionais das áreas das ciências humanas.

Nessa interação entre ciências humanas e ciências da saúde, há ainda um movimento que luta por transformações no ensino-aprendizagem, estimulando os alunos dos cursos de graduação em Medicina a se envolverem com o ambiente extra-hospitalar, levando-os a conhecer o “mundo” no qual os pacientes estão inseridos e a compreendê-los em seus mais diversos aspectos. Esse movimento visa corrigir as deficiências da formação médica e retirar dos alunos o excesso de

preocupações com os procedimentos técnicos. Em outras palavras, busca-se levar o aluno a compreender o ser humano em sua complexidade, devendo ser esse o primeiro passo para a eficácia da abordagem terapêutica (BULCÃO, 2004; AMORETTI, 2005). O estudante das áreas biomédicas precisa entender que o mundo do paciente é também o seu mundo, em que ambos estão inseridos, embora com aspectos específicos e contextos diferenciados. Nesse sentido, esse aluno deve compreender a importância do exercício filosófico da profissão.

Lampert (2003) ao abordar a transição da educação médica tradicional fragmentada (paradigma flexneriano) (BOELEN, 2002) para o do ensino inovador (paradigma da integralidade), afirma que o último acaba por complementar o primeiro em cinco eixos de relevância: enfoque teórico, abordagem pedagógica, cenário da prática, capacitação docente e mercado de trabalho e serviços de saúde. Por meio de uma comparação bem delimitada, Lampert aponta as diferenças existentes entre os paradigmas de cada eixo, destacando a mudança no enfoque teórico que, no paradigma atual está

voltado para causas biomédicas, sociais e ambientais na determinação da saúde, abordando o conhecimento de forma integrada com metodologia interativa, enfatiza a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, tendo a doença como um desvio, uma intercorrência na saúde que deve ser evitada (LAMPERT, 2003, p. 19).

Recentemente, alguns cursos de enfermagem têm introduzido as disciplinas das humanidades médicas em seus currículos. A discussão da inclusão das humanidades nos currículos veio com o advento do *“home care”*, (cuidado domiciliar), exigindo das enfermeiras uma formação mais humanística e social. Nos anos 1980, o currículo de enfermagem mudou do formato em bloco para um currículo integrado e, em alguns casos, foram incluídas as artes e as humanidades, visando favorecer a criatividade, evitar o pensamento simplista e dualístico, promover o raciocínio crítico e, por fim, estimular a autonomia intelectual (DELLASEGA et al., 2007).

Ao abordar a inserção das “humanidades médicas” nos currículos dos cursos de graduação em Medicina, alguns teóricos sugerem que as disciplinas tenham ementas e conteúdos que sejam acessíveis também aos graduandos dos cursos de ciências humanas. Essa proposta visa enriquecer a inserção de alunos de

outras áreas e promover a troca de experiências e visões diferenciadas de um mesmo tema, principalmente, para evitar que se limite a proposição de um conteúdo (caracterizado em sua essência) por discussão de aspectos técnicos específicos e herméticos, típicos de médicos que ministram essas disciplinas, limitando o debate e a discussão, e, conseqüentemente, o aprendizado (WACHTLER et al., 2006).

Donahoe e Danielson (2004) exemplificam a concretude da proposta acima, no que se refere à utilização da Literatura, alegando que a interdisciplinaridade nos currículos é capaz de promover o diálogo, o entendimento e a cooperação junto à comunidade acadêmica. O planejamento de um currículo que enfoque um público diversificado e integre profissionais e acadêmicos da área médica com acadêmicos e professores dos cursos de ciências humanas, tais como Letras, Pedagogia, História e Filosofia é uma excelente estratégia para favorecer o intercâmbio do conhecimento, de experiências e promover um cooperativismo enriquecedor. Para esses autores essa estratégia oferece benefícios a todos os envolvidos, pois melhoram as habilidades comunicativas, favorece o entendimento da natureza da saúde e doença e da relação médico paciente, além de contribuir para a aquisição de atitudes mais responsáveis e “humanizadas”.

No entanto, essa integração com professores das ciências humanas exige cautela, pois para que haja credibilidade por parte do estudante, é importante a presença constante dos docentes médicos (em especial, chefes de plantão), que, ao orientarem a prática médica embasados nos conceitos e discussões aprofundados pelas contribuições das humanidades, viabilizem a articulação segura entre aspectos técnico-científicos com a dimensão humana dos pacientes. Nesse sentido, vale ressaltar a importância de uma formação continuada, da transversalidade do ensino das humanidades médicas, possibilitando um envolvimento gradual desses dois campos do conhecimento (ciências biomédicas e humanas) de forma articulada.

Exposta a necessidade da inserção das humanidades nos currículos da saúde, passamos a discutir o papel dessas disciplinas na formação do futuro profissional da saúde com ênfase nas disciplinas de Ética e Bioética na educação médica. De acordo com Tapajós (2005), há ainda hoje nos currículos dos cursos superiores da saúde, no que se relaciona às humanidades, um predomínio das disciplinas Ética e Bioética, principalmente no caso brasileiro.

#### 1.4 - Humanidades médicas e educação médica

Pellegrino (1979) traduz com maestria a relação entre a medicina e as humanidades ao dizer que “a Medicina é a mais humana das ciências, a mais empírica das artes e a mais científica das humanidades”.

Os avanços técnicos desenvolvidos na Medicina exigem de seus profissionais qualificação e preparo tanto em âmbito pessoal quanto profissional, um processo de auto-reflexão e reavaliação de valores e práticas pessoais. A capacidade de transformação no nível individual é crucial para potencializar o efeito transformador e curador das humanidades (GULL, 2005).

É certo que as inovações e progressos da ciência e da medicina têm gerado necessariamente um grande impacto social e implicações éticas. Assim, é necessário um envolvimento multidisciplinar entre a ciência médica e as humanidades na busca de melhoria na organização do atendimento de saúde e sua eficácia na adaptação a essas mudanças (BOLTON, 2003).

Gordon (2005) pondera que a inter-relação entre elas favorece o ensino interdisciplinar, a pesquisa e o aperfeiçoamento do profissional que deve ter como ponto central de seu ofício o paciente. Esse posicionamento pode capacitar o médico para enfrentar dilemas morais, relacionados aos aspectos humanos e bioéticos. Com efeito, as disciplinas das ciências humanas funcionam como ponto de equilíbrio e de diminuição da abordagem tradicional do modelo biomédico, que é reducionista e conta com a previsibilidade do diagnóstico, investigação e tratamento, relegando, ao segundo plano, a subjetividade do paciente.

Calman e Downie (1996), ao justificar as humanidades nos currículos da saúde, ressaltam que os profissionais da saúde lidam com pacientes que vivenciam situações e contextos de vida variados, como os da morte, nascimento e doenças que afetam drasticamente seu estilo de vida. As novas condições físicas e psíquicas debilitantes e limitantes geram sofrimentos, desilusões e frustrações. Em outros momentos compartilham situações de riso, alegria, satisfação, uma espécie de “recompensa” em meio a um emaranhado de problemas.

Essa diversidade de situações, presenciadas nos “encontros profissionais”, provoca o confronto desses profissionais com seus valores pessoais em relação aos seus pré-conceitos acerca do sofrimento, da dor e da vida no seu sentido mais amplo, numa tentativa de melhor compreender a dimensão humana de

seus pacientes. É nesse momento de angústia e incerteza que as artes e as humanidades aparecem como facilitadoras da promoção de uma resposta crítica, ética, humana e responsável (BOLTON, 2003; CALMAN; DOWNIE, 1996).

Na Medicina, a relação entre as humanidades (como, por exemplo, as artes) e a ciência é muito positiva, pois tem a capacidade de explorar tanto o que há de comum nos seres humanos, sua especificidade biológica, quanto à expressão das experiências subjetivas individuais determinantes das doenças (GREAVES; EVANS, 2000a).

Pessoti (1996) sublinha que o papel da educação médica é formar bons médicos, questiona, porém, quais seriam os atributos de um bom médico. Para ele, o médico deveria ter, em primeiro lugar, uma formação técnico-científica sólida capaz de auxiliá-lo no tratamento responsável e competente dos pacientes. Em segundo lugar, o médico deveria ter uma formação humanística, para que possa abordar, também, a subjetividade do paciente. Desse modo, poderia oferecer um tratamento humanizado, auxiliado pela habilidade, auto-percepção e senso ético.

Na avaliação de Macnaughton (2000), o tratamento dispensado ao paciente exige a consideração das evidências identificadas, e um julgamento clínico técnico-humanizado condizente com a educação recebida durante a formação acadêmica. De acordo com Gordon (2008), a incapacidade para resolver satisfatoriamente os problemas dos pacientes decorre, em grande medida, da falta de compreensão das dimensões e aspectos subjetivos, e que, em muitos casos são desconsiderados pelo profissional da saúde.

A justificativa dessa incapacidade encontra-se na formação excessivamente centrada na doença e não no doente. O que o jovem estudante de medicina vislumbra, ao iniciar o curso, é o contato com o paciente, com o ser humano em suas várias dimensões. No entanto, o que vê na prática é um atendimento ao paciente no qual o diálogo se limita à exploração dos sinais e sintomas clínicos, aos dados laboratoriais, agravos e comorbidades. Sua prática torna-se progressivamente cansativa, repetitiva e nada estimulante, associada às limitações nas condições físicas materiais ou até mesmo estruturais do processo ensino/aprendizagem. O aprendiz desloca o foco de sua atenção, no decorrer da sua formação acadêmica, da compreensão da complexidade da relação médico-paciente para o futuro retorno financeiro que a profissão poderá lhe trazer. Essa

análise mostra a perda qualitativa na relação médico-paciente e enfatiza a necessidade de se repensar a educação médica no Brasil (COELHO FILHO, 2007).

O termo humanidades médicas compreende as ciências humanas (literatura, filosofia, ética, história e religião), as ciências sociais (antropologia, estudos culturais, psicologia e sociologia) e as artes (música, literatura, teatro, cinema e artes visuais) e suas aplicações na educação e na prática médica. As humanidades e as artes oferecem um panorama da complexidade da condição humana e uma perspectiva histórica da prática médica. A literatura, a filosofia e as artes auxiliam no desenvolvimento de habilidades como observação, análise, empatia e auto-reflexão que são essenciais para o cuidado médico humanizado. As ciências sociais ajudam a entender como a medicina se situa nos contextos culturais e sociais e como a cultura interage com a experiência individual do processo saúde-doença. Recentemente, têm sido oferecidas disciplinas que incluem um campo inter e transdisciplinar como, entre outras, os estudos da cultura, dos gêneros, da geografia humana e da psicologia cultural (EDGAR; PATTINSON, 2008).

As Humanidades Médicas são fundamentais para a formação do estudante de medicina, porque encurtam a distância entre as ciências biomédicas e as humanas (sociologia, filosofia, história e antropologia) que são disciplinas que podem propiciar a formação humana (GORDON, 2005). As humanidades configuram uma grande área de reflexão e pensamento que pode incorporar a realidade social e a experiência individual durante o encontro entre o paciente e o médico (AUGUSTO et al., 2008).

Greaves e Evans (2000b), ao discutirem as humanidades médicas, propõem que seja dada preferência a uma concepção integrada das mesmas, cujas perspectivas são direcionadas à integração do conhecimento científico e do entendimento da natureza da Medicina (seus objetivos) com a percepção e compreensão humanizada do paciente.

Na visão de Macnaughton (2000), ao experimentar novas sensações por meio das humanidades, o médico pode compreender melhor a vida, podendo, a partir de um novo enfoque, entender como as respostas a determinadas situações clínicas são individuais. Portanto, as humanidades médicas podem ser pensadas como uma combinação de sensibilidade (a percepção de perto ou a leitura do corpo e das imagens médicas, como textos) e sensibilidade (empatia e consciência ética expressa como narrativa lógica e inteligente). Sensibilidade (medicina estética)

antecede a sensibilidade na qual recolher provas constitui a base para o julgamento clínico e ético, da mesma forma que a apreciação precede a explicação (BLEAKLEY; MARSHALL; BRÖMER, 2006). A medicina estética pode ser compreendida como a medicina em busca de identidade profissional para além do conteúdo, adquirida pela empatia e desenvolvimento da sensibilidade dos alunos centrados no paciente.

Outro aspecto importante na relação médico-paciente é a intimidade desenvolvida entre ambos, vivenciada por meio do exame físico, que é uma prática que exige responsabilidade e ilustra a necessidade de haver equilíbrio entre o conhecimento científico e a sabedoria humanística do profissional, porque juntos podem favorecer o bem-estar e uma terapêutica eficaz ao paciente (PERAKIS, 2003).

As formas mais comuns de inserção dessas disciplinas nos currículos estão ligadas à Filosofia, à História e às Artes porque essas possuem um vasto campo de ação, desde a pintura até o cinema (TAPAJÓS, 2005). A Literatura também ocupa papel importante nos currículos da saúde, pois por meio de obras clássicas percebem-se estados de sofrimento que refletem a expressão de condições patológicas, como transtornos psiquiátricos graves (DONAHOE; DANIELSON, 2004).

Pickering (2000) associa a utilização da poesia à educação ética no cuidado de saúde na medida em que um poema pode ser interpretado sob diversos pontos de vista, apesar desse apresentar-se em uma única forma. A noção da diversidade de interpretações de um poema pode ser importante, pois ajuda o aluno de medicina a compreender que os pacientes são demasiadamente complexos, apesar da aparência física que os mesmos possam apresentar. A consideração do paciente em sua complexidade permite múltiplas interpretações do seu problema, evitando-se assim, que se considere apenas parte do seu verdadeiro estado de saúde. O hábito de ler e interpretar poemas ajuda o aluno a desenvolver sua sensibilidade, proporciona o entendimento de dilemas éticos e o estimula a experimentar como a subjetividade é expressa em diversas formas, seja num poema, seja por meio de sinais, sintomas e narrativas apresentadas por um paciente.

Scliar (2000), ao abordar a inter-relação entre Literatura e Medicina ilustra em seu artigo como a percepção de uma mesma doença é feita de forma diferenciada por escritores e médicos. A troca das percepções escritas de duas



áreas tão distintas favorece o aprendizado e amplia a visão de ambos na medida em que facilita “o entendimento da doença em sua dimensão mais ampla e contribui para melhor relacionamento profissional-paciente”.

A Filosofia utilizada no contexto das humanidades médicas tem grande importância na medida em que engloba a Ética e a Bioética, contribui para as ciências da saúde, sobretudo para uma reflexão acerca da subjetividade humana e da natureza das suas atividades práticas. A filosofia é generosa ao fornecer elementos para a compreensão do ser médico e de sua praxis. Logo, uma abordagem filosófica do conhecimento das áreas da saúde é renovadora das práticas profissionais médicas (STEMPSEY, 2007).

Zalewski (2000) traça três objetivos essenciais da filosofia na educação médica. O primeiro é introduzir os futuros médicos e profissionais da saúde no exercício da problematização sistemática e do pensamento filosófico a fim de expandir sua visão de mundo. O segundo é induzir e estimular o raciocínio crítico direcionando-o às questões médicas e, por último, torná-los tão sensíveis aos pacientes de modo que os identifiquem como pessoas vulneráveis e não apenas como corpos vulneráveis. Com isso, o estudante terá uma formação que lhe proporcionará crescimento pessoal, estimulará seu processo contínuo de auto-avaliação e ressignificação de suas práticas e conceitos médicos. Esse processo auxilia o desenvolvimento do auto-conhecimento dos alunos.

São inúmeras as aplicações das Humanidades Médicas no contexto da medicina: pinturas que revelam traços de patologias, estudos etnográficos (antropológicos) de comunidades e etnias que favorecem na epidemiologia das doenças, a sociologia do corpo e representações artísticas capazes de favorecer a compreensão da dimensão humana.

Em relação às principais dificuldades para integração das disciplinas de Humanidades, destacam-se a resistência ainda existente por parte de alunos e docentes, muito influenciados pelas práticas seculares do modelo biomédico e a falta de visão das disciplinas de humanidades integradas às demais disciplinas da grade curricular, problema que pode ser resolvido ao se propor a transversalidade dessas disciplinas nos currículos, ou seja, sua inserção “dissolvida” desde o ingresso até a formação do aluno (MACNAUGHTON, 2000; RIOS et al., 2008).

Outras preocupações apontadas em relação ao papel das Humanidades, sua governança e seu público alvo se referem à inserção dessas disciplinas em um

sistema de saúde que priorize a prática médica baseada em evidências e com enfoque centrado na eficiência e na redução de custos (PETERSEN, 2003; PETERSEN et al., 2008) que tendem a subordinar as ações da educação à sua lógica de funcionamento.

É nessa perspectiva que a inserção das Humanidades Médicas nos currículos dos cursos da área da saúde pretende formar profissionais eticamente capacitados e com senso crítico apurado, tendo em vista que tais profissionais são formadores de opinião e participam das discussões e decisões concernentes ao direito à vida. Com efeito, o papel das humanidades na educação médica é encorajar os estudantes a se tornarem profissionais mais sensíveis afetivos e cuidadosos. Assim, os currículos dos cursos de Medicina devem fazer uso da vasta literatura relacionada com as Humanidades Médicas disponível atualmente (BLASCO et al., 2005; GORDON, 2005; MACNAUGHTON, 2000).

## CAPÍTULO 2 - BIOÉTICA

*“Só um temor exagerado diante da idéia da morte, e sua conseqüente desintegração material, pode levar o ser humano a se transformar em um ser sem critério nem vontade própria, programado desde antes de nascer para ser escravo de qualquer espertalhão conhecedor de psicologia do temor e da forma de manipular conforme seu desejo. Somente o conhecimento de nosso próprio processo evolutivo pode nos libertar dessa escravidão. O crente trabalha bem por medo do castigo, o racional porque compreende a si mesmo.”*

*(Ramón Sampedro)*

### 2.1 – História e conceitos

De acordo com Benatar (2006) as questões éticas relacionadas ao campo da medicina e das ciências da saúde estão ligadas a dois novos campos de discussão no meio acadêmico: o da bioética e o da saúde relacionada aos direitos humanos.

O termo Bioética surgiu de dois termos gregos: “*bios*” (vida) e “*éthos*” (costume, comportamento, ética) e significa *ética da vida*, adequação da realidade da vida com a da ética (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1996). Em sua origem relaciona-se à biotecnologia e à biomedicina (ciências biológicas, a medicina e o cuidado com a saúde em geral).

Em sentido global, a Bioética opera há mais de 20 anos nos diversos campos disciplinares e discute questões apresentadas historicamente pelo progresso biomédico. Oriunda da ética médica, a bioética surgiu em torno das decisões morais no campo médico. Nesse sentido, a ética médica não está desvinculada das religiões nem do ordenamento jurídico (DURANT, 1995, p.9).

A palavra bioética apareceu em 1971 e foi concebida pelo cancerologista Van Rensselaer Potter, na obra *Bioethics: a Bridge to the Future*, na qual o termo referia-se a “uma questão ou um compromisso mais global frente ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta” (COSTA; OSELKA; GARRAFA, 1998a). Na ocasião, o cientista ainda não tinha clara a dimensão da proposta do conceito. Referia a um termo abrangente que

“englobava o controle da população, a paz, a pobreza, a ecologia, a vida animal, o bem estar da humanidade e, por conseguinte, a sobrevivência da espécie humana e do planeta como um todo” (DURAND, 2003, p. 20).

Beauchamp e Childress (2002) afirmam que em meados do século XX a ética biomédica começou a ter suas concepções tradicionais (desde Hipócrates) abaladas. As rápidas transformações nas ciências biológicas e nos cuidados com a saúde provenientes dos progressos científicos, tecnológicos e sociais ocorridos durante esse período “passaram a questionar concepções prevalecentes acerca das obrigações morais dos profissionais da saúde e da sociedade no que se referia à satisfação das necessidades dos doentes e dos feridos”. Começa assim um processo de reavaliação dos princípios éticos e da regulamentação das atividades e ações no campo da saúde, acentuando-se a preocupação com as pesquisas envolvendo seres humanos.

A bioética surge com o intuito de decifrar e dar respostas aos problemas que a biomedicina (e suas descobertas tecno-científicas) e a tecnologia da ciência biológica (“biotecnociência”) apontaram desde o ambiente onde as formas de vida vivem e morrem até suas inter-relações, direcionadas para os estudos das teorias e práticas relacionadas a esses problemas. Possui assim uma “*identidade instável*” porque é interdisciplinar, interage e transita entre os diversos campos do conhecimento. Nisso consiste a particularidade e o caráter diferenciado da bioética, um espaço de encontro dos saberes, cujo potencial de criatividade reside em sua prática nas sociedades consideradas pluralistas, nas quais se discutem os dilemas éticos nas variadas esferas, desde o meio técnico-científico até o enfoque místico (religioso), permeado de crenças e valores. Assim, pode-se falar em uma “coexistência pacífica” da bioética já que esta busca discutir “o sentido ético da vida e da morte”. (PEGORARO, 2002, p. 75-76).

Seu aparecimento está contextualizado no período após a Segunda Guerra Mundial, caracterizado principalmente pelos crimes cometidos contra a humanidade e na crescente preocupação com o poder dos médicos e cientistas sobre os direitos dos pacientes, especialmente no que concerne à experimentação científica. Ante tal contexto era necessário revisar questões relacionadas à ética médica tradicional, principalmente naquilo que se referia aos novos desenvolvimentos tecnológicos (máquinas para diálise, respiradores artificiais, transplantes de órgãos, barrigas de aluguel, testes pré-natais, aborto seguro,

avanços na engenharia genética, clonagem, uso de embriões em pesquisas, etc) e ao avanço das pesquisas científicas. Tais desenvolvimentos aumentam as possibilidades terapêuticas, favorecem diagnósticos e criam novos dilemas éticos, além de gerar problemas de alocação dos recursos destinados ao acesso à saúde.

Aos poucos, a bioética seria respeitada enquanto ciência ao conseguir avanços tais como a criação do Código de Nuremberg, em 1947, a Declaração de Helsinki, em 1964, o Relatório de Belmont, em 1978, e por fim, a criação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005. Todos esses avanços foram resultado de uma transformação científica e cultural, em grande parte de uma reação (um protesto formal) aos abusos nazistas (nas pesquisas com seres humanos e torturas) e racistas norte-americanos (FERRER; ALVAREZ, 2005; HECK, 2005).

Os anos 1970 e início dos anos 1980 foram pautados por uma bioética influenciada pelos princípios lançados no livro *The Principles of Bioethics* (publicado em 1979, por Beauchamp e Childress) no qual se questionavam os princípios estabelecidos pelo Relatório de Belmont (o respeito pelas pessoas, a justiça e a não maleficência). Para esses teóricos esses princípios seriam considerados limitados para esses teóricos, pois se restringiam às questões éticas concernentes à pesquisas com seres humanos e às práticas clínica e assistencial. Em razão disso, seriam propostas discussões bioéticas pautadas por quatro princípios básicos: a autonomia e a beneficência (de caráter teleológico) e a não-maleficência e a justiça (de caráter teleológico), teoria conhecida como principialismo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; COSTA; OSELKA; GARRAFA, 1998a).

Dentre as propostas teóricas de análise e fundamentação da bioética é possível destacar, a partir do principialismo de Beauchamp e Childress (2002) as que apresentaram elementos fundamentais ou mais importantes para sua remodelação contemporânea. Ferrer e Alvarez (2005), nas propostas teóricas de origem anglo-saxônica destacam a casuística (e a importante contribuição de Aristóteles), o paradigma das virtudes (com destaque para Edmund Pellegrino e Thomasma), a bioética da permissão (na obra de T. Engelhardt) a ética médica comunitarista (com a análise de Ezekiel J. Emanuel) a bioética relacionada ao feminismo, o utilitarismo (na obra de Peter Singer, autor de grande expressividade na bioética no Brasil) o paradigma da moralidade comum, a bioética na Itália (católica – de dom Elio Sgreccia e a laica de U. Sgreccia) e a ética formal de bens e

princípio hierarquizado (de D. Garcia), sendo as duas últimas provenientes da bioética Mediterrânea.

Já Garrafa, Kottow e Saada (2006) discutem as bases conceituais da bioética com enfoque latino-americano que se diferencia das anteriores porque amplia o debate

para além das questões relacionadas aos campos biomédico e biotecnológico, de acordo com os interesses dos países desenvolvidos [...] incorporando na agenda bioética do século XXI “questões sanitárias, sociais e Ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento. Ou seja: a luta dos países latino-americanos, secundada pela quase totalidade das nações africanas e pela Índia, além de alguns países árabes, politizou definitivamente a agenda bioética Internacional. (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2006, p. 9-10).

A Bioética, ramo da Filosofia ligado à Ética, enfoca as questões referentes à vida humana, especificamente, à saúde. Tem como objeto de estudo a vida e, por consequência trata também da morte, que é inerente à vida. Nesse sentido, é um campo de interação de profissionais e estudiosos das mais diversificadas áreas do conhecimento humano (SEGRE; COHEN, 2002). De acordo com Segre e Cohen (2002, p. 19-20),

a Bioética deve ser livre, [...] é inadmissível o estabelecimento de uma doutrina bioética, válida para determinados grupos sociais, comunidades, nações ou conjuntos de países. O que ora se propõe é uma estratégia de abordagem [...] dos problemas inerentes à vida. Bioética é, definitivamente, campo de ação e de interação de profissionais e estudiosos oriundos das mais diversificadas áreas do conhecimento humano. [...] Porque a Bioética, discutindo a vida e a saúde humanas, não interessa a todos os homens, bem como requer, para essa discussão, a bagagem do conhecimento de todos esses profissionais. [...] Justamente em razão de as mais candentes questões da Bioética dizerem respeito à vida e à saúde de cada um dos componentes da sociedade, tem-se que esses temas devem ser abordados e discutidos dentro da própria sociedade, com um leque de participação de pessoas, tão aberto quanto possível.

Para Diniz e Costa (2006) há pelo menos três grandes abordagens para o ensino da bioética: a historicista (com ênfase nas mudanças como fruto dos grandes acontecimentos históricos do passado recente); a filosófica (de narrativa mais longa, numa constante busca da tradição clássica e num esforço contínuo pela limitação de seu conteúdo em relação às outras áreas do conhecimento, recorrendo a modelos

teóricos); e a temática (mais utilizada pela falta de domínio dos conceitos filosóficos e contextualização histórica e por expressar maior concretude com a realidade, favorece a compreensão do “fazer bioético” e nela se localizam os debates mais superficiais). Tais abordagens respondem a diversos interesses partindo de referenciais teóricos também diversos.

A discussão da bioética e da ética relacionada aos profissionais da saúde exige aprofundamento das discussões e polêmicas relativas à vida e demais conceitos como a morte, a qualidade de vida e o direito (BENATAR, 2006). Assim, a Bioética como campo de conhecimento se propõe discutir questões de ordem biológica, além de buscar uma interpretação e enquadramento moral que se constitui em grande desafio frente à complexidade de valores, direitos, obrigações e contextos sócio-culturais (HECK, 2005). Nesse sentido, a bioética funciona como uma lógica do pluralismo, como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais (ENGELHARDT, 2004).

É obrigação do profissional da saúde ter formação teórica que o capacite para agir de forma ética e responsável diante de contextos em que a vida do outro dependa de sua conduta, ou seja, da sua ética profissional colocada em prática, como resultante da classificação moral de suas ações (SINGER, 2002).

A Institucionalização do estudo da bioética é decorrente, em um primeiro momento, dos abusos praticados na pesquisa com sujeitos humanos. A partir de então, começam a surgir diretrizes protetivas que são reformuladas constantemente na medida em que vão surgindo novos problemas a serem analisados. As discussões se intensificam e por isso vão surgindo os comitês de ética em pesquisa (BONELLA, 2008).

Durant (2003, p.17-18), ao referir-se à conceituação e discussão da bioética, ressalta a dificuldade de compreendê-la sem a definição de um universo categorial que lhe dê base de fundamentação, como a moral, ética, deontologia, princípalismo, ética aplicada, moralidade, consentimento, entre outros termos que permeiam a abordagem da disciplina.

A história da bioética, apesar de curta, é composta por inúmeras teorias, paradigmas e enfoques, característicos dos locais onde se desenvolveram e da abordagem complexa em sua totalidade. As referências feitas às diversas abordagens e paradigmas bioéticos visam fundamentar teoricamente esse estudo, não sendo objetivo deste desenvolver uma discussão aprofundada, já que nosso

objeto de análise é mostrar a importância do cinema como ferramenta didática importante para a formação dos alunos das ciências da saúde ao possibilitar o debate de problemas bioéticos.

A introdução da Bioética como disciplina da grade curricular nos cursos de graduação relaciona-se a uma nova atmosfera filosófica e a uma preocupação com problemas relativos à vida e à morte, tais como aborto, eutanásia, descarte de embriões e experimentos envolvendo seres humanos.

## **2.2 Princípios bioéticos: justificação moral dos problemas bioéticos em medicina**

Demonstrada a importância da formação ética e humanista do profissional da saúde, é necessário discutir alguns fundamentos conceituais da Ética e da Bioética que irão orientar a discussão sobre a polêmica da eutanásia.

A Ética pode ser entendida como um ramo da Filosofia que se ocupa da reflexão moral e caracteriza-se por uma tentativa de se consolidar racionalmente, com rigor conceitual capaz de orientar os comportamentos humanos (CORTINA; MARTINEZ, 2001).

Beauchamp e Childress (2002, p. 18) relacionam a moralidade e a ética ao definirem que a

Ética é um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral. Algumas abordagens da ética são normativas (isto é, apresentam padrões de ações boas ou más), outras são descritivas (relatando aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem) e outras, ainda, analisam os conceitos e métodos da ética.

De modo geral, a ética em saúde, baseia-se na individualidade humana (vida e intimidade, integridade física e moral, liberdade individual) e deve ser entendida, nesse sentido, como uma filosofia da moral (MUÑOZ; FORTES, 1998).

De acordo com Singer (2002), a aplicação prática dos conceitos assimilados no campo da ética pode ser classificada como a ação moral. A moralidade relaciona-se a um processo de aquisição de virtudes, de cumprimento de deveres, de aptidão para uma solução pacífica de conflitos e não se restringe às



proibições ou à determinação de atitudes consideradas imorais ou moralmente corretas. Os juízos éticos irão, na verdade, orientar a prática, ou seja, os princípios éticos apreendidos na teoria servem para nortear a prática, a moral, o agir diante da diversidade de circunstâncias. A moral é iminentemente prescritiva ao intencional a orientação das ações humanas. Manifesta-se também como um

*código de normas*, como um conjunto de prescrições, provoca em muitas pessoas uma certa confusão entre as normas morais e outros tipos de normas (jurídicas, religiosas, sociais, técnicas etc.) que frequentemente apresentam o mesmo conteúdo (CORTINA; MARTINEZ, 2001, p. 39).

Tais prescrições morais se diferenciam das demais normas por possuírem um caráter de universalidade, de auto-obrigação, expressa na consciência individual das ações a qual funciona como

tribunal último de apelação diante do qual deve prestar conta do cumprimento ou não-cumprimento da norma moral. A própria pessoa (sua consciência é ao mesmo tempo quem promulga o comando moral, o destinatário desse comando e o tribunal perante o qual responde (CORTINA; MARTINEZ, 2001, p. 40-41).

A ética pode ser classificada como: normativa e se caracteriza pela classificação das coisas como boas ou más e as ações como certas ou erradas, e divide-se em teorias teleológicas (a ação é classificada como certa ou errada em relação a suas conseqüências); teorias deontológicas (preocupada com a ação em si), e metaética preocupada com a “análise filosófica do sentido e do caráter da linguagem ética, portanto, *trata da* ética normativa e busca entender os termos e conceitos empregados ali”. (PALMER, 2002, p. 15-16; DURAND, 2003, p. 67-89; FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 23-59; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 18-19; SEGRE; COHEN, 2002, p. 17-33).

Vários sistemas teóricos têm contribuído para a análise e resolução dos problemas morais em Medicina, entre eles destacam-se o principialismo (Beauchamp; Childress), o utilitarismo (Bentham; Kant; Singer) e o prescritivismo universal (Hare).

O principialismo é definido como quatro grupos de princípios centrais à ética biomédica. São princípios que inicialmente derivam de juízos ponderados no interior da moralidade comum e da tradição médica. Envolvem os princípios de

beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia. Porém esses princípios não funcionam como diretrizes de ação precisas que nos informam como agir em cada circunstância, da forma mais detalhada como fazem as regras mas são diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, afirmando a obrigação de ajudar outras pessoas e promover seus interesses legítimos e importantes. O princípio de não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele está intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: “acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano”. Já a justiça distributiva se refere a uma distribuição justa, eqüitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social.

O princípio da autonomia não deve ser confundido com o princípio do respeito à autonomia de outra pessoa, pois respeitar a autonomia é reconhecer que o indivíduo possui certos pontos de vista que o orientam em suas tomadas de decisões, seu projeto de vida e ações. Tais decisões são fundamentadas em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais da saúde, uma vez que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença são da própria pessoa. O respeito a autonomia individual deve considerar a dignidade e a aceitação que o ser humano é um fim em si mesmo, posto que o ser humano não nasce autônomo, mas torna-se autônomo. No decorrer desse processo, contribuem variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Na teoria ética contemporânea, alguns autores sustentam que autonomia é, em grande medida, uma questão de se ter a capacidade de se controlar ponderadamente e de se identificar com os desejos ou preferências básicas de uma pessoa por meio dos desejos ou preferências de nível superior. Segundo essa concepção, uma pessoa autônoma é aquela que tem a capacidade de aceitar-se racionalmente, identificar-se com ou de repudiar um desejo ou preferência de ordem inferior, independentemente de qualquer manipulação de seus desejos. Essa aceitação ou esse repúdio dos desejos no nível superior (a capacidade de mudar a estrutura de preferências) constituem a autonomia. Portanto, no caso da medicina, o

princípio de autonomia pressupõe que o paciente deva ser bem informado da sua situação clínica, com o direito de decidir por ele mesmo segundo as possibilidades oferecidas ou sugeridas pelo médico.

O modelo de relação médico-paciente tradicional, baseado no paternalismo, tende a beneficiar e evitar danos ao paciente, sobretudo, conforme a perspectiva do médico. No estado atual da medicina, o médico não pode mais decidir por si mesmo, o que é benéfico para o paciente.

O utilitarismo é um dos sistemas teóricos mais dominantes nos debates bioéticos atuais. É uma teoria moral que professa que “uma ação só pode ser julgada moralmente boa ou má se consideradas suas conseqüências, boas ou más, para a felicidade dos indivíduos envolvidos”. Ela possui três dimensões: um critério de valor, o bem-estar (*welfarismo*); um imperativo moral, a maximização desse valor (*prescritivismo*) e uma regra de avaliação moral (*conseqüencialismo*) (CANTO-SPERBER; 2007).

A perspectiva utilitarista admite a utilidade como valor supremo da ação moral e entende como útil tudo o que serve à vida e a sua conservação, com tudo aquilo que é capaz de proporcionar bem-estar e felicidade não só para o agente mas para o conjunto da humanidade, ou seja, o importante é o resultado da ação moral (DINIZ; COSTA; 2002; SINGER; 2006).

### **2.3 O processo ensino-aprendizagem em bioética nos currículos dos cursos de medicina**

A inserção das disciplinas de Ética e Bioética nos cursos de Medicina justifica-se, dentre outros fatores, pelas inúmeras denúncias por infração ética e pela falta de conhecimento de direitos e deveres, por isso é imprescindível a incorporação de novos conceitos médicos relacionados à filosofia, religião e ética. Somente a moralização nas práticas médicas permitirá a evolução da sociedade rumo à cidadania plena também nas áreas médicas. Daí a necessidade de exigir do médico uma conduta ética mais aprimorada. (D'ÁVILA, 2002; GRISARDI, 2002).

A Medicina, desde meados do século XVIII, apresentou notável evolução epistemológica, todavia não se fez acompanhar de igual desenvolvimento ético de seus operadores. Em verdade, o que se verificou, nesse período, foi o

distanciamento entre ciência e ética médicas, circunstância que implicou a diminuição do prestígio social do médico. O ensino da ética médica nas faculdades de Medicina afigura-se como meio de aperfeiçoamento da formação humanística do médico e, por conseguinte, como instrumento de melhoria da reputação social desse profissional. Nos cursos de Medicina, o ensino da Ética, na maioria das vezes, está centrado nos temas escolhidos pelo docente, sem levar em conta as ansiedades, os pontos de vista e os interesses dos alunos. Com freqüência, os temas estão dissociados dos assuntos e dos dilemas éticos que os mesmos estão vivenciando, e, quase sempre, a abordagem dos tópicos é feita primordialmente pelo ângulo da Deontologia. Desse modo, a reflexão crítica sobre os valores não é estimulada (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003).

Dickenson e Parker (1999) ressaltam que, antes de pensar em lecionar a disciplina, é necessário que os educadores descubram o que motiva o aluno a querer aprender preceitos éticos, pois na maioria dos casos, o estudo de ética na Medicina está associado à possíveis defesas em processos judiciais. Essa descaracterização da ética ocorre porque, atualmente, os médicos com pacientes bem informados, conscientes de seus direitos e da disponibilidade de recursos como os conselhos profissionais que fiscalizam e respondem pelos atos dos profissionais a eles filiados.

A importância de um ensino transversal da ética/bioética, do primeiro ao último período dos cursos da área médica deve estar associada com um planejamento integrado dos conteúdos (GRISARDI, 2003). A idéia de transversalidade é abordada pela maioria das instituições de ensino superior nos novos projetos pedagógicos de inserção de ética e bioética. (SIQUEIRA et al, 2002; FERREIRA; RAMOS, 2006; GOMES et al., 2006; GRISARDI, 2002).

Há na Europa, por exemplo, a criação do *European Biomedical Ethics Practitioner Education Project* (EBEPE), um projeto que se dedica à melhoria do ensino da ética e filosofia na educação dos profissionais da saúde. Uma estratégia utilizada por essa entidade é a aplicação de estudos dirigidos, contendo um roteiro com itens pré-elaborados, que avaliam, após as aulas, a apreensão pelo aluno dos principais tópicos e aspectos éticos do tema abordado (DICKENSON; PARKER, 1999).

No Brasil, os estudos sobre as relações entre ética e educação/formação profissional ainda são incipientes, especialmente, no que se refere ao

comportamento e as reflexões éticas dos estudantes de medicina. Porém, buscando suscitar essas questões, diversas escolas médicas vêm criando disciplinas de bioética, mas essas iniciativas ainda não representam uma mudança significativa, pois, em geral, as grades curriculares não dispõem de uma disciplina autônoma para o ensino de ética (VIEIRA et al., 2003).

A produção científica relacionada ao assunto mostra que há uma indefinição sobre quais disciplinas devem ocupar os currículos e em qual momento devem ser ministradas. Grisard (2002) concluiu que a ausência das disciplinas de ética médica e bioética nos cursos de Medicina é decorrente, em muitos casos, dessa indefinição de uma estrutura curricular que enfoque a formação humana dos alunos.

Em 1992, Meira e Cunha (1994) avaliaram que o ensino da ética médica em 79 instituições de ensino superior de Medicina do Brasil e identificaram que a ética encontra-se ausente nos primeiros anos dos currículos médicos e, na maioria dos cursos, a disciplina aparece somente a partir do 4º ano. Concluíram ainda que o ensino é direcionado, na maioria dos currículos, para a Deontologia e que o corpo docente é composto, em geral, por médicos e não por filósofos.

A Faculdade de Medicina de Marília implantou em 1997 um novo modelo de ensino-aprendizagem, com uma reestruturação curricular e uma revisão dos conceitos didáticos outrora vigentes, com a introdução do Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) ou *Problem Based Learning* (PBL). Assim, o aprendizado passou a ocorrer através de discussões em pequenos grupos, coordenados por docentes (tutores), que na elaboração dos casos eram estimulados a incluir nesses aspectos da ética aliados às atividades práticas referentes ao assunto abordado, com maior flexibilidade na organização dos tópicos. Seus objetivos eram analisar a existência ou não de diferenças significantes entre o aprendizado de tópicos de Ética Médica e Deontologia Médica entre os diferentes modelos pedagógicos presentes naquela faculdade e, além disso, avaliar o nível médio de conhecimento em Ética Médica entre os diferentes anos de graduação e entre o corpo docente (FIGUEIRA et al., 2004).

Nessa experiência verificou-se que os alunos dos últimos períodos da graduação apresentavam melhor desempenho que os ingressantes no curso. Os tópicos que apresentaram menor índice de acerto compreendiam o sigilo médico, o consentimento do responsável, a autonomia do paciente, a prescrição médica, o

prontuário médico e o corporativismo em relação ao erro médico (FIGUEIRA et al., 2004).

Demonstrou ainda a necessidade de reforço, em particular na Faculdade de Medicina de Marília, na atenção aos tópicos com desempenho mais deficitário. Assim, averiguou-se que quanto antes se introduzir no currículo médico a reflexão sobre aspectos éticos e deontológicos, maior será a possibilidade da apreensão e reflexão sobre o tema pelos jovens acadêmicos, e essa parece ser a variável mais importante, visando à melhoria do ensino-aprendizado nesta área. Da mesma forma, isto aponta para um ensino de ética pulverizado, e dessa forma passível de ser discutido por vários profissionais em momentos variados do curso, e não mais concentrado numa única disciplina de Ética Médica (FIGUEIRA et al., 2004).

Grisardi (2002) discute a falta de ética médica e bioética nos currículos de graduação em medicina e aponta que a desvalorização pública e científica da ética corresponde, na mesma proporção, à importância a ela dada nos currículos; constatação já evidenciada em várias outras publicações científicas sobre o assunto. Segundo o autor, a exemplo da experiência da Universidade do Vale do Itajaí no Rio Grande do Sul (UNIVALI), existem alguns conceitos e valores importantes no ensino de ética e bioética que são fundamentais para a formação teórico-conceitual dos alunos de Medicina. Dentre esses conceitos, destacam-se:

a importância do comportamento ético no exercício da profissão; a importância do sigilo médico; a importância ética e legal dos registros do prontuário do paciente; dos campos da bioética desde o consentimento informado e esclarecido até sua importância da investigação dos seres humanos; da importância de uma boa relação médico-paciente-família; do valor da profissão médica (GRISARDI, 2003, p.99).

Na grade curricular vigente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, o ensino de ética e de bioética é contemplado nas disciplinas de Ética Médica e de Cultura Médica. Na primeira, são privilegiados os conteúdos de Deontologia Médica com foco, sobretudo, no Código de Ética Médica. Na segunda, problemas éticos e morais presentes nas práticas profissionais dos alunos são trabalhados através de análise de filmes que facilitam o debate sobre essas questões. Essa disciplina conta com um cronograma que alterna a exposição completa dos filmes (*Mar Adentro*, *Uma Lição de Vida*, *Regras da Vida*,

Crimes e Pecados, Contos Proibidos do Marquês de Sade, entre outros) seguida de discussão de seqüências ou vinhetas selecionadas pelo professor ou pelos alunos.

#### **2.4 – Eutanásia: direito à vida**

O direito à vida está relacionado ao direito indisponível, inviolável e irrenunciável do indivíduo a uma existência digna. Desta forma, o direito à vida não pode ser desrespeitado, sendo vedado ao indivíduo renunciá-lo legalmente, almejando sua morte. Entende-se, portanto, que ao indivíduo é garantido o direito à vida e não o direito sobre esta. Ao Estado cabe garantir e assegurar o direito à vida, o que remete indiretamente à proibição da eutanásia, visto que essa é uma morte “provocada” e viola o direito assegurado pelo Estado e garantido legalmente. (ALMEIDA, 1996, p. 54-58).

As questões relacionadas diretamente ao direito a vida, tais como: aborto, eugenia, fertilização “*in vitro*” e transferência de embrião, formas anômalas de procriação, psicocirurgia e controle de comportamento, drogas e controle comportamental, transplante de órgãos, órgãos artificiais, pré-seleção de sexo e troca de sexo, clonagem, eutanásia e direito aos cuidados de saúde (VARGA, 2005) demonstram a complexidade dos problemas bioéticos.

Nos últimos anos, a discussão da eutanásia aparece como pano de fundo da conceituação da qualidade de vida do indivíduo. Associado às definições de autonomia, o debate em torno da eutanásia carrega consigo uma nova assimilação do direito à vida, no qual os defensores da legalização da eutanásia justificam que a vida é um direito e não uma obrigação, da mesma forma que a dignidade e a liberdade são garantidas a todos constitucionalmente. Nessa perspectiva, a qualidade de vida depende dos valores de cada indivíduo, o que se denomina qualidade subjetiva de vida, própria do adulto.

A Constituição Brasileira no Artigo 5º prevê "a inviolabilidade do direito à vida". Defende a indisponibilidade da vida humana, portanto, a eutanásia é tratada como crime (ALMEIDA, 1996, p. 54-58). No título "Dos Direitos e Garantias Fundamentais" consagra-se o direito à vida como sendo o mais fundamental dos direitos, já que é dele que derivam os demais. Portanto, no Brasil, a prática da eutanásia é considerada homicídio doloso. Na realidade, A situação toma posição

diversa, pois envolve apenas o aspecto legal, mas também o médico, sociológico, religioso entre outros.

Por conseguinte, discutir a vida humana requer dos profissionais da saúde uma formação ética e humana sólida, pois serão esses profissionais que, no futuro, vão regulamentar ou decidir sobre essas questões. De modo geral, a medicina tem optado por uma postura moral em relação à eutanásia, tanto que adotou o juramento de Hipócrates, o de que "a ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho que o induza a perdição", juramento esse obrigatório nas colações de grau dos futuros profissionais da medicina, em que firmam posição clara e definitiva em relação à eutanásia (HIPÓCRATES, 2002, p. 18).

Por sua complexidade, a eutanásia é um tema demasiado polêmico e divide opiniões ao longo de sua trajetória histórica. Por isso, deve envolver a sociedade como um todo e não apenas os profissionais da saúde. Dessa forma, a eutanásia deve ser compreendida numa perspectiva que englobe as dimensões objetivas e subjetivas dos indivíduos e da sociedade para não violar a determinação legal, as crenças e a autonomia dos pacientes ou de seus responsáveis.

## **2.5 O conceito de morte: uma construção histórica sócio-cultural**

O progresso da ciência e todos os avanços tecnológicos da medicina moderna (como, por exemplo, a revolução médico-sanitária, os hábitos e condições de higiene, a medicalização) conseguiram prolongar a vida humana e melhorar sua qualidade, porém, a inevitável morte faz parte de seu ciclo natural. A duração da derradeira enfermidade pode ser estendida, o processo da morte pode também ser prolongado pela manutenção artificial de algumas funções vitais, com os modernos equipamentos que indiretamente contribuíram, inclusive, para a viabilidade da doação de órgãos. Porém, o direito de morrer encontra limitações nas ocasiões em que o paciente não exercer sua autonomia e decidir sobre seu destino, em situações tais como comas induzidos, sedações irreversíveis, procedimentos cirúrgicos com intercorrências imprevistas, dentre outras. Querer manter-se vivo artificialmente ou não deixa de ser uma escolha (VARGA, 2005).

Ao abordar o processo e o conceito moderno de morte, Gadamer (2006a, p. 68) registra uma "desmitologização da morte" e o desaparecimento da imagem da



morte na sociedade moderna, justificada por uma confiança cega no poder dos avanços tecnológicos na manutenção da vida.

Moritz (2005) reafirma a idéia apresentada acima ao afirmar que “a cultura ocidental moderna torna a morte um assunto socialmente evitado e politicamente incorreto”. Nessa direção, quando o médico não consegue salvar uma vida, sente-se fracassado, por isso busca descobrir seus erros como se sua obrigação fosse evitar a morte. Quando esta é inevitável, o sentimento de impotência leva a conflitos, a dilemas pessoais e o confronto com seu próprio e inevitável fim. Tal consideração é interessante, pois há uma ligação direta entre a escolha da medicina como profissão associada a uma tentativa inconsciente de tentar boicotar a própria morte, como uma alternativa ou chance a mais de lutar pela vida do médico ou dos futuros médicos.

Philippe Ariès (2003) em seu livro *A história da morte no Ocidente* percorre a trajetória de concepção da morte da Idade Média aos dias atuais, buscando contextualizá-la histórica e sociologicamente. Assim, procura saber como a sociedade Ocidental elabora, representa e lida com a morte, que se constitui no maior temor humano desde a pré-história. O autor caracteriza a morte, comparando-a a elementos que lhe são inerentes, como os túmulos, cemitérios, ritos de passagem e o papel dos moribundos nessas cerimônias, a apresentação do cadáver, a finalidade dos testamentos para facilitar a compreensão do atual comportamento do homem, e como esse homem elabora a morte como fruto de um longo processo de ressignificação de seu conceito.

Ariès busca nos fatos históricos e sociais elementos que exemplificam como o homem concebe a morte. Tal concepção se inicia numa simples pintura até a estruturação espacial e física que envolve esse rito de passagem. Sua análise divide a atitude do homem perante a morte em quatro etapas, sendo elas “a morte domada” (anterior ao século XII, na Alta Idade Média), “a morte de si” (a partir do século XII ao século XVIII), “a morte do outro (a partir do século XVIII até a primeira metade do século XIX)” e a “morte interdita (da segunda metade do século XIX aos dias atuais)”:

a primeira, ao mesmo tempo a mais antiga, a mais longa e a mais comum, é de resignação ao destino coletivo da espécie e pode se resumir na seguinte fórmula: *Et moriemur*, todos morremos. A segunda, que aparece no século XII, traduz a importância, reconhecida durante toda a duração dos tempos modernos, da própria existência e pode-se traduzir nesta outra fórmula: a morte de

si mesmo. A partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. Mas, ao mesmo tempo, já se ocupa menos de sua própria morte, e, assim, a morte romântica, retórica, é antes de tudo a morte do outro – o outro cuja saudade e lembrança inspiram, nos séculos XIX e XX, o novo culto dos túmulos e dos cemitérios (ARIÈS, 2003, p. 64).

A fase que mais interessa nesse trabalho é a fase que Àries denominou de “morte interdita”, típica das sociedades industriais, que se origina com um sentimento expresso na fase anterior na qual “aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e a ocultar-lhe a gravidade de seu estado” (ARIÈS, 2003, p. 84), numa tentativa de poupá-lo e há um “deslocamento do lugar da morte. Já não se morre-em casa, em meio aos seus, e sim no hospital, sozinho” (ARIÈS, 2003, p. 85). Nesse sentido, o papel do “quase morto” e sua função nos rituais também mudam, assim como o ambiente no qual irá morrer. A morte moderna passou a ser vista como um “fenômeno técnico”, e o médico e sua equipe desempenhariam o papel de “mediadores” desse processo.

Por causa dessas mudanças, as cerimônias ficaram mais discretas, e os exageros na expressão da perda passaram a ser censurados. O esvaziamento da morte muda também a configuração dos espaços a ela destinados e, em alguns locais, a cremação é mais utilizada. Nesse sentido, “o luto não é mais um tempo necessário e cujo respeito a sociedade impõe; tornou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado” (ARIÈS, 2003, p. 84-95).

Por fim, autores que estudam as questões concernentes à morte na atualidade (como psicólogos, sociólogos e historiadores) constatam que é assustadora a maneira como se encara a morte e o morrer hoje, de forma desumana e acompanhada da solidão nos hospitais, pois o morto em nossa sociedade perdeu seu lugar devido a esse “interdito sobre a morte”, que “paralisa, inibe as reações do círculo médico e familiar” (ARIÈS, 2003, p. 98-99).

Em uma análise mais simplista, a morte está quase sempre vinculada à doença, à dor e ao sofrimento. A maneira como a sociedade concebe esses elementos varia com sua significação de mundo, com aspectos sócio-culturais que interferem na concepção do processo saúde-doença.

Outra área do conhecimento que se propõe discutir o assunto é a Antropologia, em especial, a “Antropologia Médica”, que se utiliza de estudos

etnográficos para construir o significado social da pessoa, do doente e da instituição médica no interior de uma dada cultura.

Os antropólogos Duarte e Leal propõem uma investigação sobre a doença, o sofrimento e a perturbação, partindo da análise de alguns estudos, nos quais postulam:

a gama dos “sofrimentos” nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de idéias pelas quais algumas culturas -e, em particular, a ocidental- os entendem como ‘doença’, ou seja, a ocorrência efetiva de uma disrupção física (o *disease* da antropologia médica norte-americana) ou o reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida (a *illness*). As imprecisões e vicissitudes da categoria “doença mental”, criada para abarcar a maior parte das antigas formas da loucura no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fiscalista da “doença” para as formas globais do “sofrimento. (DUARTE; LEAL, 1998, p. 13).

Sobre os caminhos da doença no Ocidente, constatam, de um lado, que

a racionalização cientificista aplicada à natureza, em geral, e a corporalidade, em particular”. [...] “De outro, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes *psi*, com suas eventuais propostas terapêuticas- mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina – de ocupar, por intermédio dos ‘nervos’ e do ‘cérebro’ também as perturbações morais” (DUARTE; LEAL, 1998, p. 20).

Assim, a significação da doença e do sofrimento físico ou psíquico, no interior de uma determinada sociedade, resulta da maneira como essa enfrenta a morte ou a sua proximidade e como enxerga a vida e os valores que a fazem ser desejada ou não.

Todos esses estudos nos levam a defender que compreender a história da morte implica ressignificar a vida, como a sociedade hoje lida e concebe a morte. Por isso, é essencial que o profissional da saúde seja intermediário entre a luta pela vida com qualidade e atue como facilitador na aceitação e resignação frente à morte.

Menezes (2003) aborda o processo de morrer na mesma direção de Airiès, considerando o momento histórico e o contexto social como fatores determinantes do modo de enfrentar e conceber a morte. Sua discussão acerca dessas questões se inicia com uma abordagem que considera a morte e os limites da autonomia do paciente, que se encontra incapaz de optar por sua morte devido

às suas condições físicas/ mentais limitadas. Nesse sentido, associa o processo de morrer ao modo do indivíduo encará-la, a partir de um contexto sócio-cultural.

Nessa perspectiva, é importante refletir sobre a função social das instituições hospitalares no processo de morte e morrer. Isso porque, na visão de Menezes (2003), a medicina ainda teme a morte, por isso a prática de ações que interferem na autonomia do paciente terminal e em suas deliberações sobre a própria vida ainda é recorrente. Por isso, segundo Menezes (2003), nos anos 1960 ocorreu “uma despersonalização dos enfermos” um “silêncio em torno da morte”, uma intensa medicalização.

As constatações foram feitas após estudos sociológicos no pós I Guerra Mundial, quando emergiu uma discussão sobre “o poder médico e a conseqüente desumanização, assujeitamento ou objetificação do enfermo que seu exercício implicava”. Na década de 1970, em contraposição à supremacia do poder médico, surgiam movimentos sociais em defesa dos direitos dos doentes. Vários campos do conhecimento estudavam e discutiam a morte e contribuíram com a construção da atual configuração social acerca da morte. Após 1980, a morte apareceria como foco de discussão de toda sociedade. Menezes (2003) discute uma nova produção do modelo de morte que se localiza em três as esferas de discussão: no âmbito de atuação dos profissionais da saúde, nos meios de comunicação (passa a cultuar-se a idéia da “boa morte” associada à escolha do indivíduo) e, por último, a intensificação de cuidados paliativos como uma modalidade médica.

Há uma discussão intensa relacionada à importância da relação médico-paciente e a grande interferência dessa boa relação na auto-determinação do sujeito sobre sua própria morte. Há vários aspectos que interferem na morte do paciente terminal. A idéia de “morrer bem” vai depender não só da relação profissional/paciente, mas do contexto sócio-cultural, econômico e de aspectos ideológicos para que a tomada de decisão do paciente terminal garanta o exercício de sua autonomia (MENEZES, 2003).

A relação médico-paciente exige a discussão ética e moral das ações relacionadas ao processo de morte e morrer. Essa relação deve ser discutida já no processo de formação do médico e dos profissionais de saúde e deve constituir-se num alicerce para mudanças sociais para a prática da Medicina na medida em que esse futuro profissional será co-responsável nos processos de mudança do caráter social da morte. Seu preparo adequado pode desmistificar a idéia de que o médico

por ter feito o juramento de salvar vidas têm a obrigação de sempre vencer a morte. Essa desmistificação é imprescindível para acalantar a angústia dos profissionais no ambiente hospitalar e contribui para a recuperação da dimensão humana do médico (MORITZ, 2005).

### 2.5.1 As representações da morte

As várias representações artísticas (pintura, artes cênicas, literatura e artes visuais) do processo de morte e morrer têm função essencial na formação dos alunos da saúde na medida em que se configuram como “alternativas” à ausência da experiência real do mesmo. Viabilizam ao aluno a tomada de consciência sobre a complexidade desse processo e o coloca em interação direta com os aspectos mais difíceis do exercício da medicina. As representações artísticas são numerosas, em seguida, serão citados apenas alguns exemplos notáveis dentro de cada uma dessas representações.

São exemplos de representações pictóricas de grande beleza e expressão: “Pietà” (Michelangelo), “A morte e o lenhador” (Lhemite), “Quixote moribundo” (Gustave Doré), The Death of Sócrates- A morte de Sócrates - (Jacques Louis David), The last Illness – A última enfermidade - (Paul Gauguin, 1892), Woman with Dead child – A mulher e a criança morta e Death giving comfort- A morte consoladora - (Käthe Kollwitz, 1903,1988), *Illness and Healing: Images of Câncer-Doença e Cura: Imagem do Câncer* - (Robert Pope, 1995), “Death of Sarpedon” – A morte de Sarpedon - (Euphronios515-510 a.c) (ARIÈS, 2003, p. 25, 37, 41; AULL, 2007).

Nas artes cênicas, destacam-se *Hamlet* e *Romeo e Julieta* (Sheakspeare, 1603) e *Fantasma da ópera* (Gaston Leroux, 1910).

Há uma vasta produção literária que trata da terminalidade da vida como, por exemplo: “*Devotions upon Emergent Occasions*” (John Donne, 1975); “*Death is like an insect*” – A morte é como o inseto - (Emily Dickinson, 1982); “*A day in the death*” – Um dia na morte - (Miller Willians, 1992); (AULL, 2007); “*Cartas do Inferno*” (Ramón Sampedro, 2005), livro de poemas que originou o filme “*Mar Adentro*”<sup>3</sup>; “*Morte e Vida Severina*” (João Cabral de Melo Neto, 1996), “*O triste fim de Policarpo*

---

<sup>3</sup> A ficha catalográfica desse filme encontra-se no **Anexo B**.

Quaresma” (Lima Barreto, 1911), “O Auto da Compadecida” (Ariano Suassuna, 1955).

No cinema, as representações de morte e morrer estão listadas no **Apêndice A** desse trabalho.

## 2.6 Eutanásia: aspectos éticos e bioéticos

O presente estudo não pretende abordar o tema da eutanásia em sua plenitude, e sim, fornecer elementos adicionais para a discussão sobre a formação ética e humanista dos estudantes das áreas da saúde através do cinema.

A etimologia da palavra eutanásia encontra sua origem nas palavras gregas *eu* (bom) e *thanatos* (morte) e cujo significado remete à idéia de boa morte, morte calma, doce, sem sofrimentos, tranqüila. O termo foi proposto pela primeira vez no século XVII, em 1623 pelo filósofo Francis Bacon, em sua obra *Historia vitae et mortis*. Nela designa a prática da eutanásia como função médica que proporciona ao enfermo uma morte tranqüila, abreviando o seu sofrimento. Juridicamente, entende-se como o direito de matar ou o direito de morrer, provocada para término de agonia, medida de seleção, ou eugenia. A eutanásia sempre foi termo muito presente ao longo de várias gerações. (SIQUEIRA-BATISTA; SHRAMM, 2005).

Historicamente, a palavra eutanásia traz consigo uma carga pejorativa pela virtual associação com o extermínio de velhos, doentes mentais ou deficientes físicos. O debate acerca da eutanásia ainda encontra-se condenado ao emocionalismo, e disto decorre o fato de tal questão suscitar uma rigorosa adequação jurídica, moral e médica concomitantemente (SIQUEIRA-BATISTA, 2004).

Segundo Singer (2002), o termo eutanásia é empregado para denominar a morte daqueles que estão com doenças incuráveis e sofrem angústia e dores insuportáveis; é uma ação praticada em seu benefício e tem por finalidade poupar-lhes a continuidade da dor e do sofrimento.

No Brasil, o debate em torno da legalização da eutanásia é incipiente se comparado a outros países como a Holanda que, em 1993, despenalizou a sua prática, legalizando-a em 2001 e como na Colômbia que autorizou a eutanásia passiva em 1997. Em nosso país, a discussão acerca da eutanásia ocorre tanto nos

meios acadêmicos com o crescimento da bioética, quanto na sociedade, como reflexo da veiculação de casos, envolvendo o direito de decisão das pessoas de optar pela continuidade ou não da própria vida (DINIZ; COSTA, 2006, p. 145-159).

A classificação da eutanásia é diversificada, porém, a tipologia restringe-se basicamente na distinção quanto ao ato e quanto ao consentimento do enfermo (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM 2005; FRANCISCONI; 2007; GARRAFA; 1998).

Quanto ao ato, divide-se em:

- a) Eutanásia Ativa: ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos.
- b) Eutanásia Passiva ou Ortotanásia: a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento. O agente, geralmente o médico, não mata diretamente, apenas deixa de prolongar a vida irreversivelmente condenada que sobrevive apenas por meios artificiais e extraordinários. Esse tipo de eutanásia é realizado mediante o desligamento dos equipamentos e/ou drogas que a mantêm o paciente em estado vegetativo.
- c) Eutanásia de Duplo-Efeito - quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas, visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal.

Quanto ao consentimento do enfermo, têm-se: (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005; FRANCISCONI; 2007; GARRAFA; 1998).

- a) Eutanásia Voluntária: o enfermo em estado terminal ou incurável decide pedir a ajuda de terceiro, no caso, geralmente o médico, que lhe aplique remédio mortal para abreviar seu sofrimento, em seu próprio benefício. Também chamada de espontânea ou libertadora.
- b) Eutanásia Involuntária: o enfermo, quando sem condições para decidir ou expressar sua vontade, por seu estado de saúde agravado irreversivelmente, impedindo-o de agir por conta própria, tem sua vida retirada por decisão dos médicos ou familiares, que põem termo à agonia do indivíduo. É também conhecida como provocada ou piedosa.

- c) Eutanásia Não-voluntária: ocorre quando a vida é abreviada sem o conhecimento da vontade do enfermo.

Existem ainda, três classificações relevantes na discussão da questão:

- a) Eutanásia *Eugênica*: é uma forma anômala de eutanásia que tem por finalidade o aperfeiçoamento racial, como no regime nazista, ou como "limpeza" étnica, física, psíquica ou cultural.
- b) Suicídio Assistido: ocorre quando há a solicitação a uma pessoa (nesse caso, não necessariamente um profissional da saúde) para ajudar o paciente a morrer quando esse se encontra incapacitado de concretizar sua decisão (SIQUEIRA-BATISTA, 2004; SCHRAMM 1998, HYDE, 2001).
- c) Distanásia: consiste no prolongamento artificial da vida, provocando sofrimento e angústia do doente, mesmo com a impossibilidade de um prognóstico de cura ou melhora no quadro clínico. Não é permitida ao paciente uma morte natural, e o processo de morte é prolongado por meios artificiais (aparelhos que substituem as funções orgânicas vitais ou drogas que mantêm os órgãos funcionando) (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005; FRANCISCONI, 2007; GARRAFA, 1998).

Apesar do debate bioético sobre a eutanásia receber hoje grande destaque na comunidade mundial, no Brasil, a prática da eutanásia é considerada crime e somente ocorre protegida por uma espécie de "pacto de silêncio". Na maioria dos casos, a decisão de interromper ou não o tratamento de pacientes terminais é tomada por profissionais despreparados e à revelia das famílias e do doente. (SIQUEIRA-BATISTA; SCRRAMM; 2005; HORTA, 1999).

Em algumas legislações a prática da eutanásia é admitida. Em nosso país, constitui-se homicídio ou crime eutanásico, que não é aceito na legislação brasileira. Entretanto, o Código Penal não faz nenhuma alusão a ela e a presença ou não do crime é atestado conforme a conduta praticada, que pode ser enquadrado na previsão de homicídio, auxílio ao suicídio ou configurar apenas como conduta atípica. O que se chama eutanásia é considerado crime, mas não aparece na letra da Lei por motivos de incompatibilidade constitucional, haja vista que o Artigo 5º da Constituição Federal defende a vida como direito essencial do indivíduo, ou seja,



qualquer outra forma de disposição da vida, sendo contrária a ela, é ilegal (DODGE, 1999).

A aceitação da eutanásia (sua legalização) traz consigo uma série de possíveis conseqüências, tais como: a utilização da eutanásia pode retardar as investigações e avanços da medicina, uma vez que o impulso às pesquisas e avanços tecnológicos para o aumento da sobrevida são os processos que objetivam desenvolver novas terapias tanto curativas como paliativas. Uma vez legalizada, há um desestímulo à solução das condições que levam à morte. A legalização da eutanásia gera um estímulo a uma mentalidade eugênica, negando a dignidade e direitos, sobretudo, o direito à vida; fomenta a mentalidade de que uma vida com limitações não tem sentido. A pressão social pode resultar um sentimento de culpa para a pessoa doente, de tal modo que esta pode pensar que é uma carga para sua família e para a sociedade, o que reforça a prática da eutanásia involuntária e a eutanásia não-voluntária de pacientes que não possuem condições de expressar sua vontade.

Em síntese, é possível caracterizar os argumentos favoráveis à eutanásia pelas seguintes alegações:

- a) A vida quando gravemente inibida física ou moralmente perde seu valor.
- b) Uma pessoa em estágio terminal acaba por representar ônus injusto para a família e a sociedade, por exemplo, ao usarem leitos hospitalares.
- c) Torna-se inútil lutar, visto que a situação é irreversível.
- d) A pessoa tem direito à morte condigna.
- e) Em se tratando da forma eugênica, acredita-se que esta atenuaria a propagação das doenças da população eliminada, evitando o "mau exemplo" (criminosos) e a proliferação genética.

Geralmente, esses argumentos vêm acompanhados de certas condições, entre as quais destacam-se o consentimento do interessado ou da família e a certeza de que a morte está próxima e é inevitável. Sobre as alegações dos argumentos contrários à eutanásia, resumem-se:

- a) O homem não pode tirar a própria vida, pois esta é um bem supremo; Deus deu, e a Ele cabe tirá-la.

- b) Acredita-se na hipocrisia dos defensores da eutanásia, alegando que o que leva a prática da eutanásia não é a compaixão apenas, e sim uma finalidade egoísta de poupar os encargos econômicos e pessoais que o doente representa.
- c) Defende-se a idéia de que a medicina não é infalível, acreditando-se na hipótese de que possa haver erros médicos no tempo previsto para sobrevivência do paciente.
- d) Acredita-se também na possibilidade de herdeiros, com más intenções, aspirarem do médico um diagnóstico dramático.
- e) Indigna-se com a eutanásia eugênica, por pressupor que um grupo ou determinados grupos considerem-se semi-deuses, acabando por decidir quais particularidades devem-se retirar da humanidade.

Existe ainda a posição contrária à eutanásia, porém favorável à ortotanásia (deixar de prolongar artificialmente uma vida inviável) na qual se defende: a abolição da eutanásia ativa; a garantia de uma morte digna ao paciente com sedativos necessários; a possibilidade de interrupção do tratamento por meios extraordinários, em especial, não tentar reanimar o paciente no caso de coma irreversível, por exemplo.

O desconforto dos profissionais de saúde com a interrupção de tratamentos de suporte de vida parece refletir a idéia de que essas ações os tornam responsáveis e, portanto, culpáveis, pela morte do paciente, enquanto não são responsáveis se não iniciarem o tratamento. Outro desconforto se dá quando os profissionais interrompem o tratamento, contrariando, as expectativas, promessas ou obrigações contratuais para com o paciente e a família (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Outra questão ética importante é a futilidade ou despropósito do tratamento, que ocorre quando este não oferece benefício ao paciente por ser inútil ou despropositado (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Siqueira-Batista (2004) ao considerar a eutanásia como um ato de compaixão, como a finitude do sofrimento, permite vislumbrá-la como

possibilidade de alívio para uma existência miserável e sem sentido, desde a perspectiva de seu titular. Nesta circunstância, a bioética da proteção entra em cena enquanto horizonte capaz de permitir o amparo daquele que padece, garantindo sua autonomia, no sentido de tornar fato a disposição de fenecer em paz sem dor - caracterizando uma boa morte - o que pressupõe uma ação imbuída

por verdadeira compaixão- acolhida incondicional, cuja melhor metáfora é o oceano (SIQUEIRA-BATISTA, 2004, p. 338).

De forma objetiva, as pessoas favoráveis à eutanásia argumentam que esta seja uma maneira de evitar a dor e o sofrimento de pessoas em fase terminal, já que estas não vivem dignamente. Defendem o direito de decidir sobre a própria vida, incluindo o direito de morrer. Acreditam na idéia de que viver bem não é viver muito, mas viver dignamente. Argumentos contrários à eutanásia encontram seus principais fundamentos em aspectos religiosos (a Deus pertence a decisão de quando morrer); médicos (cabe ao médico garantir todos os meios de subsistência ao paciente, inclusive há uma crença no poder dos avanços tecnológicos na Medicina); e legais (a lei assegura o direito à vida o que tornaria incoerente garantir o direito ao cidadão de acabar com esta); entre outros aspectos.

Do ponto de vista da filosofia da moral ou, melhor dizendo, da possibilidade da justificação moral da eutanásia, o debate concentra-se no conflito entre o princípio da santidade da vida, o princípio da autonomia (ou auto-determinação) dos indivíduos e valorização da vida conforme a sua qualidade (qualidade de vida). O princípio de santidade da vida baseia-se na crença de que a vida humana é única e por isso sagrada. Deriva da tradição judaico-cristã e afirma que a vida humana tem um valor infinito e absoluto. Não é, portanto, um valor relativo à expectativa de tempo de vida (longevidade), ao estado de saúde ou à utilidade social (GRENZ & SMITH; 2003, p. 175).

Portanto, não é possível um consenso sobre a prática da eutanásia. Tudo depende da junção do ordenamento jurídico (exercido por pessoas que têm sentimentos e convicções), do próprio paciente ou sua família (quando este estiver debilitado o bastante para não poder se manifestar), das regras morais, enfim, de todos que são parte, de alguma forma, desta relação. Tal junção é demasiado complexa e impossibilita um único posicionamento acerca dessa questão. Assim, como a natureza humana é eminentemente social, as leis legislam de acordo com as determinações da maioria e, no caso brasileiro, a prática da eutanásia permanece na clandestinidade.

## CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS, METODOLOGIA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

*“É minha última cena, aqui o céu demarca  
A última milha para a última caminhada;  
E eu sigo a esmo e as pressas; na última polegada  
A andar, o último instante, que o tempo vem e abarca;  
E a morte, essa glutona, separará em breve  
Meu corpo, e a alma, e vou dormir por longo espaço,  
Mas o que não dorme em mim verá então, a um passo,  
A face que já temo, e que ninguém descreve;  
Então, como minha alma volta ao céu, que a conduz,  
E o corpo, que é da terra, na terra vai ficar,  
Caem meus pecados-todos a isso é que fazem jus-  
No inferno onde os geraram, podendo me arrastar.  
Considera-me um justo, limpo do mal imundo,  
Que assim deixo o demônio, deixando a carne, o mundo.”*

*(John Donne)*

### 3.1 Objetivo

O objetivo dessa dissertação é fornecer recursos educacionais específicos que possam favorecer o processo ensino-aprendizagem dos cursos de Medicina acerca dos dilemas morais, concernentes ao direito à vida, em especial, a eutanásia, por meio de uma análise estruturada de seqüências (ou vinhetas) do filme comercial *Mar Adentro*. A investigação criteriosa dos problemas bioéticos suscitados pela película *Mar Adentro* pode contribuir, significativamente, para a formação ética e humanística dos futuros profissionais das áreas médicas, capacitando-os a tomar decisões relativas às questões de vida e de morte com autonomia intelectual, responsabilidade e senso crítico. A apresentação de um tema polêmico como a eutanásia, a partir da análise do filme *Mar Adentro*, buscará ressaltar como é possível estabelecer várias análises de um mesmo tema, tendo como ponto de partida um recurso humanístico, incentivando assim os alunos a buscarem o desenvolvimento de senso crítico aguçado, possível até mesmo numa atividade, muitas vezes, tida como lazer, a exemplo, o cinema.

### 3.2 Metodologia

Esse trabalho foi desenvolvido a partir de uma análise micro-analítica do filme comercial *Mar Adentro*, buscando destacar as questões relativas à eutanásia retratadas nesse filme. Realizou-se a seleção de algumas cenas chamadas de recortes, que foram descritas de forma sintetizada e delas destacadas os diferentes olhares dos personagens sobre o tema. O critério de seleção destes recortes pautou-se pela sua capacidade (força) em revelar conteúdos e situações que podem potencialmente estimular a reflexão acerca dos dilemas morais/bioéticos a respeito do direito à vida, em geral, e da eutanásia, em particular, nos diversos cenários do processo de ensino/aprendizagem dos cursos de Medicina.

A polêmica em torno da eutanásia é retratada em vários filmes. A escolha do filme comercial *Mar Adentro*<sup>4</sup> se fez por ele retratar de maneira real, sensibilizadora e conflitante a discussão acerca da eutanásia. Além disso, é interessante sua abordagem multidimensional, pois desloca o debate do ambiente hospitalar e coloca-o nas diferentes esferas da vida do personagem.

Além da utilização do filme *Mar Adentro* como fundamentação teórica desse estudo, buscou-se identificar materiais teóricos e bibliográficos, impressos e on-line sobre o tema. Para tanto, foi feito o levantamento da literatura disponível em fontes e recursos primários e secundários, tais como livros, artigos, revistas, periódicos, teses, dissertações, monografias e outros com informações referentes ao tema. Foram consultados documentos e textos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, em diversas bibliotecas e bancos de dados presenciais e virtuais, nacionais e internacionais, como: Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme); Banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific electronic library online* (SCIELO). Tal referencial bibliográfico definiu o norte qualitativo e analítico-crítico acerca do tema levantado.

Em nossa proposta metodológica de análise do filme *Mar Adentro* (Alexandre Amenábar, 2004), cuja ficha técnica encontra-se no Anexo A, optou-se em primeiro lugar, por fazer uma análise descritiva, composta de duas partes. Na

---

<sup>4</sup> De autoria do espanhol Alexandre Amenábar, o filme *Mar Adentro* foi o vencedor do Oscar 2005 na categoria de melhor filme estrangeiro. *Mar Adentro*. Direção de Alejandro Amenábar. Espanha: [s.n.], 2004. 1 filme (125 min), son., color. Legenda em português.

primeira, a descrição do filme abre possibilidades interpretativas de ordem macro-analítica. Na segunda parte, transcreve-se alguns diálogos que retratam os pontos argumentativos de maior expressão, visando identificar, nos personagens, as diferentes posturas sobre a decisão do protagonista de pôr termo à própria vida através da eutanásia.

A partir da reprodução desses diálogos e de uma descrição sucinta de cada uma das cenas eleitas, do ambiente e da circunstância em que se passam tais diálogos, pretende-se fundamentar teoricamente as argumentações contra e a favor da eutanásia manifestadas ou sugeridas pelos personagens envolvidos. Outras questões relacionadas aos conceitos são vinculados à bioética, ou seja, é no campo da ética que busca-se fundamentar nossa discussão.

### **3.3 Justificativas**

#### **3.3.1 Da escolha temática: problemas bioéticos e eutanásia**

A Medicina é uma profissão à qual subjaz a expectativa de um comportamento pleno de virtudes por parte de seus profissionais. Essa representação social do médico é exigida devido à preocupação com o bem-estar dos seres sociais (MORITZ, 2005). Porém, esta imagem vem sendo posta em discussão devido à forma desumana com que alguns profissionais tratam seus pacientes. A escola médica desempenha um papel fundamental no processo de formação ética do médico e deve auxiliar os estudantes no reconhecimento de situações dilemáticas que demandam um posicionamento ético e na incorporação de princípios que os conduza em suas experiências profissionais.

A incorporação de tecnologias na medicina, fato marcante no século XX, proporcionou avanços significativos à saúde, porém promoveu um modelo de organização profissional e corporativa nessa área de atuação. Diante das mudanças na terapêutica médica, conseqüente do desenvolvimento tecnológico, ocorreram mudanças significativas no cotidiano da prática médica, com novos princípios morais em discussão e uma busca por posicionamentos eticamente fundamentados. De acordo com Blasco e colaboradores (2005), “embora as habilidades e o

conhecimento técnico possam ser adquiridos através da prática com pouca reflexão, é impossível educar atitudes, adquirir virtudes e incorporar valores sem reflexão”.

Na visão de Dans (1998) a inspiração da conduta médica com base na crença Hipocrática sempre foi mais um mito do que uma realidade, em especial, numa época em que se exige respeito ao pluralismo moral. A medicina, do modo como vem sendo operada, busca alcançar um consenso de valores, porém há dificuldades em se estabelecer uma ética compartilhada. A proliferação de crenças médicas e o crescimento do debate sobre o suicídio assistido testemunham a contínua batalha pela “alma da medicina”.

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina definem o perfil do egresso como um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Em outras palavras, o médico deve atuar como promotor da saúde integral do ser humano e exige desse profissional várias competências e habilidades no trato com a saúde, ou seja, os profissionais de saúde dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem atuar com altos padrões de qualidade e a partir de princípios da ética/bioética, cientes de que a atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução dos problemas de saúde, em nível individual e coletivo (ALMEIDA et al., 2007; AMORETTI, 2005; BAGNATTO, 2007; BULCÃO, 2004; GOMES et al, 2006).

A amplitude dos problemas bioéticos da sociedade brasileira e cujas práticas transcendem as diretrizes éticas e morais, exigem a consideração do contexto sócio econômico, ambiental e político de nosso país (SOUZA E AZEVEDO, 1998). Esses fatores são importantes porque o contexto de surgimento da bioética em nosso país foi o processo de democratização da sociedade brasileira, com a reconquista de direitos políticos e civis no início dos anos oitenta. As mudanças

políticas promovidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o incentivo à participação e à organização popular na discussão sobre a política de saúde, também foram decisivas para intensificar o questionamento sobre as conseqüências das ações na área da saúde (SIQUEIRA, 2003; SIQUEIRA et al., 2002). Portanto, o ensino da bioética nos cursos de graduação das áreas da saúde é também uma exigência social. Sobre o objeto da bioética, Heck (2005) ressalta que:

a bioética lida com evidências fatuais que têm por objeto um próximo existente e/ou próximos ausentes. A disciplina trata de temas específicos como nascer/não nascer (aborto), morrer/não morrer (eutanásia), saúde/doença (ética biomédica), bem-estar/mal-estar (ética biopsicológica) e se ocupa de novos campos de atuação do conhecimento, como clonagem (ética genética), irresponsabilidade perante os pósteros (ética de gerações), depredação da natureza extra humana circundante e agressões ao equilíbrio sistêmico das espécies (ecoética), e assim por diante. Dentre as diversas práticas da bioética destacam-se as atividades terapêuticas em sentido amplo. Todo e qualquer exercício das relações profissionais de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, nutricionistas, biólogos, fisioterapeutas e demais técnicos especializados em saúde e doença, bem como usuários das novas técnicas biomédicas e farmacológicas tornam-se destinatários do discurso bioético e ficam, também na condição de pacientes, devendo respostas à bioética (HECK, 2005, p. 124).

A Bioética é uma disciplina de origem recente e que ganha expressividade com o desenvolvimento de inovações tecnológicas e científicas com alto poder na manipulação do homem (SOUZA E AZEVEDO, 1998). Sua aplicabilidade exige maturidade e conhecimento dos profissionais da saúde ante os complexos aspectos do paciente, exige ainda a contextualização do paciente e de seus problemas em um contexto social que é produtor de polêmicas e dilemas éticos e morais. Nesse sentido, é necessário que o profissional da saúde reconheça as situações dilemáticas e esteja capacitado a analisá-las de forma crítica, autônoma e responsável (SOUZA E AZEVEDO, 1998; SIQUEIRA, 2003).

Com efeito, trata-se de desenvolver nos estudantes atitudes de preocupação com o bem estar dos pacientes, de respeito a sua privacidade e direitos, de sensibilidade para com os sentimentos do paciente, pois a adoção de uma atitude de acolhimento, de responsabilidade pelo cuidado e de respeito à autodeterminação dos pacientes nas escolhas terapêuticas, na relação com profissionais e serviços de saúde, permitirá aos alunos compreender os problemas do paciente em sua totalidade e capacitará o aluno a desenvolver suas atividades de



forma humanizada. Isso implica na necessidade de oferecer ao corpo discente um núcleo de conhecimentos que possam ser aplicados com benefícios na prática médica e que estejam vinculados ao mundo do trabalho e as demandas sociais. Isso significa compartilhar com a sociedade os avanços científicos alcançados e reafirmar a opção da universidade em desenvolver um modelo de sociedade incluyente, centrado no princípio de cidadania como patrimônio universal. Essas medidas podem interferir no processo de desenvolvimento moral do corpo discente e produzir resultados satisfatórios.

Os currículos dos cursos de Medicina devem proporcionar condições de formação humana a seus estudantes, a fim de prepará-los para a tomada de decisões diante de problemas/situações/dilemas morais emergentes nas práticas de saúde e durante o processo ensino-aprendizagem. Professores e alunos precisam inteirar-se como os valores éticos da Instituição diante de relações conflituosas no ensino e nas práticas médicas, tais como desrespeito ao cadáver, utilização de estudantes como pacientes, cola, trote, roubo de material hospitalar ou estudantil, deslealdade e competitividade entre colegas (REGO, 2003). Nesse sentido, o ensino da bioética cria um cenário favorável para a aproximação da ciência médica com consciência política e ética. Tais habilidades não são contempladas tradicionalmente pelo ensino da ética profissional deontológica/normativa (SIQUEIRA, 2003).

Portanto, o ensino da Bioética deve ser visto como uma forma de favorecer o desenvolvimento moral do indivíduo e sua capacidade de raciocinar e julgar questões morais. Isso porque a educação moral e o respeito à diversidade de opiniões são fundamentais no processo de avaliação dos aspectos morais que envolvem a relação médico-paciente, porém não deve ser papel do professor ou da escola definir quais valores devam ser ensinados, mas o de estabelecer os métodos, técnicas e conteúdos mais adequados para tal.

O ensino da Bioética pode ser colocado em prática, por exemplo, com o auxílio de discussões clínicas a partir de casos reais e cujos aspectos éticos estão presentes em diversos processos decisórios médico-hospitalares, proporcionando, assim, espaços significantes para a reflexão sobre o respeito ao princípio de autonomia e a pluralidade de pensamentos. Essas discussões éticas podem ser viabilizadas por meio de problemas encontrados na prática e relevantes quanto aos seus efeitos e conseqüências. É importante avaliar de modo permanente e formativo, os atores, os cenários, a instituição e o processo ensino-aprendizagem

em consonância com as finalidades pedagógicas desejadas. A avaliação do aluno, realizada periodicamente, pode favorecer futuras tomadas de decisões conscientes e criteriosas. Permite ainda identificar as dificuldades encontradas pelos alunos e pode indicar mudanças que possibilitem a incorporação de competências e corrigir/reforçar o processo de ensino-aprendizagem.

Na avaliação de D'Ávila (2002), o ensino de ética médica e sua integração nos currículos deve ocorrer numa interação com as demais disciplinas dos currículos de graduação, por isso é importante preparar não apenas os alunos no processo ensino/aprendizado da ética/humanidades, mas também os professores. A apreensão dos conceitos e a elaboração dos juízos de valor deve se originar de atividades realizadas pelos acadêmicos, conduzidas e exemplificadas pelos docentes. Como estratégia, D'Ávila aconselha a exemplificação de casos clínicos, visitas aos pacientes, debates, mesas redondas, com a abordagem preferencial de condutas factíveis e promovendo interação com as demais áreas do conhecimento, em especial, os docentes das humanas. Em sua avaliação, este seria o método eficaz de ensino da ética, capaz de alcançar os objetivos de uma formação humana do profissional. No entanto, a Bioética continua em patamar secundário nos currículos, aquém de outras disciplinas de igual relevância nos cursos de Medicina (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003).

A alteração desse quadro exige que se estabeleçam maneiras de viabilizar estratégias pedagógicas eficazes, docentes capacitados e alunos que identifiquem nas disciplinas a fundamentação necessária para desenvolver de forma humanizada e ética as suas ações de promoção e cuidado à saúde.

### **3.3.2 - Da escolha das artes cinemáticas**

O presente estudo prioriza as Artes Cinemáticas, em especial, o cinema como instrumento didático para a formação do estudante de medicina. A opção pelo cinema se fez porque nos filmes encontram-se ideologias e representações humanas que são imprescindíveis para conhecer a diversidade humana em sua complexidade. Blasco e colaboradores (2005) ressaltam que o cinema é capaz de retratar de modo contundente as polêmicas acerca da existência humana e de temas presentes no cotidiano médico, tais como, a morte, o sofrimento, o luto, o

preconceito, a religiosidade, a sexualidade, o destino, a transcendência, os ritos de passagem, as políticas de saúde, etc.

Nessa perspectiva, o cinema aparece como uma ferramenta educacional capaz de amenizar o estranhamento ante tais situações, porque pode retratar simbolicamente para os alunos de medicina, situações que serão enfrentadas por eles em seu cotidiano profissional e, além disso, suscita o debate acerca de situações que podem ser assimiladas ou projetadas individualmente, proporcionando a cada aluno uma significação e um aprendizado do conteúdo apreendido no filme (BLASCO et al., 2005).

Algumas motivações racionais podem ser suscitadas para o uso do cinema (em forma de clipes de filmes) na educação dos médicos. Dentre elas, destacam-se as possibilidades de um filme e/ou similar:

a) prender a atenção dos estudantes, dependendo da escolha criteriosa do filme pelo professor;

b) instigar nos alunos o senso de diversidade de estilos de vida dos pacientes;

c) estimular o “aspecto humano” dos médicos, propiciando experiências emocionais a partir de situações cotidianas, cujas condutas médicas podem ser decisivas no prognóstico dos pacientes;

d) gravar na memória dos estudantes imagens marcantes que possam estimular os lados: simbólico, imaginativo, comunicativo e racional do cérebro;

e) funcionar como recurso audiovisual que suscite, a partir de clipes, discussões significativas e aprofundadas.

Decerto, quando os alunos e/ou profissionais assistem a vídeos em grupo, as discussões relativas ao conteúdo evidenciado podem servir como propósitos que ultrapassam os objetivos meramente cognitivos.

De acordo com afirmam Crellin e Briones (1995), os filmes comerciais promovem um engajamento dos alunos com as expressões da cultura popular, encorajam a reflexão, permitem avaliar como o público vê a profissão do médico e como os valores apresentados nos filmes podem ser comparados com os valores pessoais dos alunos nas diversas etapas de sua formação. Assim, favorecem a comunicação interdisciplinar sobre o papel do médico na sociedade.

O universo da afetividade – sentimentos, emoções e paixões – tem papel determinante no mundo da educação, porque a formação do ser humano exige a

educação, também, da afetividade e sentimentos. Nesse processo educacional-afetivo, o cinema apresenta-se como elemento didático fundamental porque pode sintonizar os fatores emocionais por meio das imagens. Por causa disso, Blasco (2006, p. 45-50) ressalta que educar as atitudes supõe não apenas a apreensão de conceitos, mas implica também promover a reflexão - verdadeiro núcleo do processo humanizante – que facilita a descoberta de si mesmo e permite extrair do íntimo de cada ser o compromisso com o crescimento humano.

Blasco (2006, p.29) enfatiza a importância de educar a afetividade do aluno no processo educacional já que suas emoções são essenciais em suas relações com o mundo que o cerca (seu universo, seus valores culturais e sentimentos) uma vez que estes são fundamentais para a construção de sua racionalidade e suas condutas profissionais futuras. Por isso, é necessária a educação humanística, ética e responsável do educando. E, nesse, contexto, o cinema possibilita a comunicação entre o professor e o aluno, na medida em que é uma ferramenta didática que vai de encontro ao padrão cultural predominante na atualidade, uma cultura baseada nas imagens, nos sentimentos, uma “*cultura do espetáculo*”.

O cinema otimiza a possibilidade de ver e de ouvir, de experimentar algo não vivenciado na realidade, porque dá ao estudante a oportunidade de transitar da abstração para um retrato recortado do concreto por meio de uma representação artística dos conceitos e temas abordados na teoria. Ele traduz formas de vida, de valores sociais e culturais e possibilita ao aluno e ao educador refletir, reavaliar pré-conceitos e ressignificá-los através de histórias e narrativas alheias. Nesse sentido, o cinema propicia ao aluno a recriação de valores humanistas pré-existentes, importantes pessoal e profissionalmente porque podem beneficiar seus futuros pacientes (BLASCO, 2006, p.30-36).

O cinema faz parte da “cultura de todos”, por isso pode difundir idéias mobilizadoras. Os filmes, porém, devem ser avaliados de forma crítica para se reconhecer as falsas ideologias, referentes a sua função quanto ao seu conteúdo (GABLER, 2000).

Blasco (2006, p.63-74) propõe uma metodologia para a utilização do cinema como instrumento pedagógico no processo ensino-aprendizagem que inclui:

- a) a escolha adequada dos filmes;

- b) a criação de um mosaico de cenas e diálogos que permitam atingir o objetivo traçado;
- c) a reflexão do aluno sobre o tema, inserindo comentários durante a projeção do filme;
- d) o estabelecimento da discussão final que evidencie o conhecimento construído;
- e) o planejamento de conteúdos programáticos, com cronograma, de acordo com a carga horária que possibilite a avaliação de resultados. Em razão do estímulo que é dado à subjetividade do aluno com essa metodologia, essa etapa é de extrema importância para que não haja desperdício do tempo, mudança no foco da discussão que os desvie dos objetivos traçados pelo educador. O estabelecimento de blocos temáticos é outro recurso interessante, pois permite o aprofundamento progressivo dos temas abordados.

Diante da necessidade de criar estratégias educacionais para o ensino da bioética nos cursos de graduação nas áreas da saúde, o cinema aparece como uma das mais promissoras ferramentas no processo ensino-aprendizagem, porque apresenta resultados satisfatórios tanto para a apreensão dos conteúdos como para a formação humana e para o processo reflexivo/crítico. Porém é recente o uso do cinema como elemento didático, este foi bastante utilizado pela Alemanha e Itália em seus regimes totalitários, que usaram valorizavam o cinema para educar as massas e difundir/propagar suas ideologias (OLIVEIRA, 2008b).

Oliveira (2006) menciona que a utilização do cinema em atividades educacionais no Brasil está associada, entre outros fatores, à criação em 1936, do Instituto Nacional do Cinema Educativo que produziu vários curtas-metragens para a divulgação da ciência e tecnologia, já que a produção cinematográfica está associada ao imaginário científico.

Ainda sobre a relação entre cinema, ciência e imaginário científico, Oliveira (2006), apresenta uma tipificação filmográfica das representações da ciência e do cientista em oito categorias: documentários; reconstruções de casos reais de descobertas; filmes nos quais cientistas históricos estão envolvidos em uma trama ficcional; filmes biográficos de personagens célebres da história da ciência; filmes que ilustram teorias; filmes que tratam da ciência no sentido amplo de visão de

mundo; filmes que têm a ciência como pano de fundo e que versam sobre ficções científicas.

Nessa perspectiva, o filme pode ter um impacto epistemológico significativo por sua capacidade virtual de testemunhar e por ter a habilidade de criar uma imagem do mundo natural na tela. Com efeito, pode moldar os pensamentos de grandes públicos no que se relaciona às questões científicas, apresentando-se como excelente disseminador de idéias e mensagens (KIRBY, 2003). Portanto, o cinema pode ser utilizado na formação de futuros profissionais das áreas da saúde para o desenvolvimento de um censo crítico e ético que permita a associação dos conhecimentos científicos ao fenômeno humano em sua complexidade (BLASCO et al., 2005). Pode contribuir para a educação afetiva dos estudantes e, por conseguinte, para a apreensão de conceitos bioéticos.

Questões éticas e morais que estão presentes na vivência diária da prática profissional são retratadas através de filmes que introduzem o debate e a fundamentação teórica de conceitos que possibilitarão ao aluno refletir sobre questões de ética prática. Isso porque a discussão estimulada pelos filmes aumenta a sensibilidade ética dos alunos, pois promove uma introspecção e a reflexão também nas questões sociais, e, por conseguinte, estimula o aluno a buscar o alívio do sofrimento de seus pacientes. É uma atividade que enfatiza a afetividade e desenvolve de um ideal ético do cuidado. (SELF; BALDWIN JR., 2005).

Ademais, o cinema é útil ao ensino por ser familiar, por despertar curiosidade do estudante, o qual pode através dos filmes, trazer para sua própria vida as histórias dos personagens. Podem ainda ressignificar estereótipos construídos e desdobrá-los em outros, favorecendo a desconstrução de mitos criados por falsos pré-conceitos que, diante da visualização “concreta” de situações vividas por personagens do filme perdem sua veracidade (BLASCO et al., 2005).

Na visão de Blasco e colaboradores (2005), os clipes de filmes são uma boa estratégia de ensino pela rapidez, curta-duração e intensidade da retratação dos temas, pois selecionam na da temática abordada, apenas os momentos de maior relevância para discussão suscitada, e combinam com a natureza dinâmica e emotiva que o estudante vivencia. A escolha de filmes não-médicos é interessante por expor os estudantes a eventos normais da vida que estão longe da esfera hospitalar. A diversidade de filmes estimula a abordagem de os vários pontos de vista e perspectivas (BLASCO et al., 2005).

Os filmes desfrutam de uma liberdade que os transforma em um cenário ideal para o embate de idéias e posições filosóficas de forma “democrática”, pois podem possibilitar a discussão entre os alunos, permitindo que esses se expressem livremente. Nesse sentido, o cinema é uma das formas de arte que mais se prestam a promover a discussão sobre problemas sociais cotidianos.

Blasco e colaboradores (2001) enfatizam que “o espectro do conhecimento humano é muito maior do que nossa curta existência oferece”, já o cinema permite ao aluno vivenciar dilemas e situações que talvez não seriam experimentadas concretamente.

Evans (2002b) sugere a utilização de “perguntas-chaves” e “idéias motivadoras” reunidas em cinco blocos como estímulo na reflexão dos alunos sobre determinado assunto da prática médica associado à aspectos subjetivo, conforme exposição da Figura 1,

**Quadro 1:** Idéias motivadoras para a reflexão dos aspectos subjetivos das práticas profissionais médicas: uma contribuição para o processo ensino-aprendizagem

**1. A personificação humana: perspectivas científicas, éticas e outras humanidades da natureza e experiência humana:**

- imagens do corpo humano
- o conceito de pessoa: porque as pessoas se importam
- dor e o “desmoronar do mundo”
- o papel do “espiritual” no cuidado paliativo
- doença, auto-biografia e o médico, curador
- olhando para a tragédia de olhos abertos

**2. O paciente como objeto e sujeito: o mistério de um objeto palpável; estudando o paciente através de uma pesquisa quantitativa e qualitativa:**

- o problema da percepção
- dados consistentes e superficiais em pesquisa
- a fenomenologia da doença
- personificação, doença crônica e identidade pessoal
- deficiência, sexualidade e experiência
- a questão corpo e mente

**3. Pontos de vista: como as estórias reproduzem o mundo que vemos?**

- através de estilos e da sociologia da ciência;
- a ciência normal e a ciência revolucionária
- o observador das ciências e das artes representativas e narrativas
- modelos e metáforas
- construções leigas e profissionais de saúde e doença
- variações culturais na saúde e na doença

#### **4. Estórias humanas: a variedade de valores humanos e as relações em torno das artes, humanidades, ciências sociais e naturais com a medicina**

- idéias de narrativas
- equilíbrio entre a explicação genética e ambiental
- o problema do livre arbítrio
- sofrimento e salvação em um mundo materialista
- por que a curiosidade é um valor
- o médico como testemunha do sofrimento

#### **5. Localizando e celebrando a ciência: como as perspectivas científicas se posicionam entre demais importantes formas de responder a natureza e o corpo humano**

- a beleza/estética da ciência
- reducionismo e holismo
- o corpo humano é um objeto da ciência?
- problemas de caráter histórico na medicina
- relações em torno da ciência, ética e religião
- Iluminismo e seu projeto

**Fonte:** Evans (2002b).

Essa perspectiva apresentada por Evans (2002b) exposta na (Figura 1) pode ser aplicada também ao cinema, o qual pode se apresentar como ferramenta didática no processo de ensino-aprendizagem da bioética, servindo aos alunos como um roteiro de discussão da subjetividade humana retratada nos filmes através das experiências vivenciadas pelos personagens. Nessa direção, a abordagem do bloco “*Pontos de Vista*”, que se propõe a promover a reflexão dos alunos sobre “*Como as estórias traduzem o mundo que vemos?*” é a mais indicada, pois contribui mais especificamente para a associação do filme com os aspectos subjetivos/teóricos que o professor pretende alcançar no processo de ensino-aprendizagem.

### **3.3.3 Da escolha do filme *Mar Adentro***

A escolha do filme *Mar Adentro* como objeto de análise desse estudo se deve ao seu potencial para estimular debates e discussões relevantes para a formação dos alunos das ciências da saúde no que se refere às relações ético-humanas entre médicos e pacientes. Outros aspectos considerados foram o fato



desse filme retratar uma história verídica que envolve a polêmica em torno da eutanásia, de mostrar em sua narrativa os diferentes olhares dos personagens sobre a referida questão, evidenciar os fatores que envolvem a eutanásia e possibilitar a discussão desses fatores em diferentes aspectos.

*Mar Adentro* além de mostrar o drama familiar dos personagens, expande a discussão para outros ambientes, ao retratar as manifestações sociais, legais, a sexualidade, a religião e a questão ética em torno da eutanásia. As argumentações formuladas por várias instâncias, permitem ao filme exercer o papel educacional para estudantes das ciências da saúde, os quais podem identificar através das esferas histórico-sociais e culturais o contexto em que o paciente está inserido e as questões éticas que envolvem a decisão do protagonista.

Além desses aspectos, considerou-se a visibilidade alcançada pelo filme devido a premiação de Melhor Filme Estrangeiro, no Oscar de 2005, fato que colocou o cinema espanhol em notabilidade e fomentou o debate bioético em torno da eutanásia em escala mundial. Isso porque o drama retratado na ficção relata uma história real e polêmica. Esse é um dos fatores responsáveis pela repercussão mundial adquirida pelo filme, que suscita a discussão em torno do direito a eutanásia.

## CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DO FILME *MAR ADENTRO*

*Orgulhosa não sejas, morte, embora te pense  
 Poderosa e medonha, porque não és assim;  
 Porque esses, a quem pensas ter dado um fim,  
 Não morrem, pobre morte, e nem a mim tu vences.  
 Se do repouso e sono, tua imagem de calma,  
 Vem prazer, muito mais de ti deve fluir,  
 E contigo os melhores se aprontam para ir  
 Descansar dos seus ossos, e libertar sua alma.  
 Sujeita ao Fado, a réis, ao Acaso e a agonias,  
 Trabalhas com venenos, guerras, casa de enfermos,  
 E ópio e feitiço podem também adormecer-nos  
 Melhor que o teu impacto; de que ti vanglorias?  
 Um sono, e o despertar depois na eterna paz,  
 E a morte será nada. Sim, morte, morrerás!  
 (John Donne)*

### 4.1 Enredo

O filme *Mar Adentro* conta a história de Ramón Sampedro Cameán (Javier Bardem), um tetraplégico galego que lutou durante quase 30 anos pelo direito de decidir sobre a própria morte. A sua única janela para o mundo é a do seu quarto, perto do mar, por onde viajou, e onde sofreu o acidente que lhe roubou a juventude e a vida. Desde então, Ramón luta pelo direito a pôr termo à vida dignamente, luta pelo direito à eutanásia. Nascido em 1943, em Xuño, uma pequena aldeia da província da Corunha, na Espanha, Ramón sofreu um acidente ao lançar-se de uma rocha para o mar, na praia de As Furnas, a poucos quilômetros do cabo Finisterra. Irreversível, a fratura na sétima vértebra da coluna cervical deixou-o tetraplégico, quando tinha apenas 25 anos. Condenado a viver para sempre numa cama, Ramón inicia, ao tomar conhecimento do diagnóstico médico, uma luta pela conquista do direito à eutanásia.

A chegada de duas mulheres à sua vida alterará a sua existência: Julia (Belén Rueda) é uma advogada que está disposta a apoiar a sua luta a favor da eutanásia, motivada pelo fato de identificar-se com Ramón por ser portadora de uma síndrome degenerativa chamada CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*, doença vascular de

herança autossômica dominante causada por uma mutação do gene *Notch3* situado no cromossomo 19 (OLIVEIRA, 2008a). Essa doença tem como principais manifestações: a enxaqueca, depressão, crises epiléticas e demência progressiva secundária a múltiplos infartos cerebrais. Os sintomas geralmente iniciam na 4ª década de vida e progridem com a perda gradativa dos movimentos, e dessa forma, Julia também está condenada ao mesmo destino de Ramón, o que justifica seu interesse pela causa.

A segunda é Rosa (Lola Dueñas), uma vizinha que não desiste enquanto não o convencer que viver vale a pena. A personalidade de Ramón acaba por cativar as duas mulheres, que são obrigadas a questionar, os princípios que regem as suas vidas. Ramón acredita que só a pessoa que o ama verdadeiramente será capaz de ajuda-lo a realizar sua última viagem.

O filme *Mar Adentro* inicia-se começou com a leitura que o cineasta fez de *Cartas desde el infierno*, o livro que Ramón Sampedro publicou em 1996, recentemente publicado no Brasil pela Editora Planeta (*Cartas do Inferno*, 2005, 278 págs.). A leitura dos quatro versos do poema *Como Hablo de Amor Si Estoy Muerto?* (E como falo de amor se estou morto?) de Ramón Sampedro, resumem a forma como, ao longo de três décadas, se indignou e manifestou contra aqueles que impediram o fim “digno” para a sua dor; nesse poema pode-se ler “E como falo de amor se estou morto? Se nós os mortos, não temos paixões, Nem dos humanos os sentimentos afetuosos, Dos vivos somos apenas o espanto” (SAMPEDRO, 2005, p. 26).

O filme apresenta a luta pela liberdade de decidir sobre seu próprio destino, pois como dizia Ramón, “sacralizar o sofrimento parece-me a forma mais cruel de escravidão”. Consciente do que queria, lúcido e metódico, Ramón não atuava por impulsos, mas por uma ironia desconcertante e pelo sentido de humor genial, que “espetava sempre a agulha no sítio certo”, no momento exato. O ator Javier Bardem conseguiu ressuscitá-lo no jeito das mãos e das expressões faciais, constatação possível ao acompanhar os bastidores da produção ou ao assistir as imagens do personagem real (SÁ, 2005).

A temática apresentada no filme pode ser considerada repetitiva e desgastada, ser classificada como “comum”, mas a condução do diretor espanhol Alejandro Amenábar instiga a expiação dos sentimentos mais profundos do espectador sem cair na pieguice. A trama induz o público a refletir sobre os valores

morais adotados pela sociedade, principalmente sobre a origem desses valores. É um filme sobre a vida e a liberdade.

Alejandro Amenábar viaja à Espanha para contar a história real de Ramón Sampedro. A recordação da luta legal de Ramón, amplamente divulgada pela mídia, transformou-o na voz e rosto mais fortes na campanha pela morte assistida, ainda está presente na memória da sociedade. A imagem do sorridente e eloqüente tetraplégico que tão apaixonadamente lutou pelo direito à morte comoveu a opinião pública e causou perplexidade. O filme mais premiado da história da Espanha reacende o debate sobre a eutanásia, passados dez anos após sua morte.

Ramón Sampedro permanece eternizado na memória pública pela árdua luta legal (jurídica) e pela sensibilização de todos na época de seu “suicídio” após a negação dos tribunais. Amenábar opta por centrar a narrativa do filme no retrato emocional de Ramón, uma “mente brilhante”, dotado de uma vontade e sorriso cheios de vida a desejar a morte. Sustenta que toda a experiência cinematográfica deveria ser uma viagem emocional, algo com o poder de retirar o espectador de uma realidade e levá-lo a outra. *Mar Adentro* é um vôo sensorial que transporta o espectador para fora da esfera física de Ramón, revelando-se um filme de extraordinária beleza. Nas palavras do realizador: “Uma viagem para a vida e para a morte. Uma viagem a Galícia, ao mar e ao mundo interior de Ramón Sampedro” (SÁ, 2005).

As músicas, compostas pelo próprio Amenábar e o espaço físico do quarto onde o outrora marinheiro repousa desde o acidente assumem um papel relevante, mas é seguramente a interpretação do protagonista da história pelo ator Javier Bardem (duas décadas mais jovem que o verdadeiro Ramón) que a todos sensibiliza. O ator conseguiu realçar o personagem através de uma pesada maquilagem. Os seus olhos, a sua expressão, o seu senso de humor, o sorriso que, como o próprio Ramón salientou, “aprende-se a exprimir (chorar) a dor sorrindo”. Por ser Ramón Sampedro uma “figura real”, é importante salientar a palavra “personagem” para descrever o Ramón de Javier e Amenábar. As mulheres da vida de Ramón, Julia (Belén Rueda) e Rosa (Lola Duenãs), são o “amalgama” das pessoas que o rodearam, a família nuclear, a dedicada cunhada Manuela (Mabel Rivera), o intransigente irmão mais velho José (Celso Bugallo) e o resignado pai (Joan Dalmau) detêm um importante testemunho da vida do homem que quis morrer.

A grande questão de *Mar Adentro*, mais do que a legitimação do suicídio ou as condições de vida de um tetraplégico, é o direito à vida. Depois de quase três décadas naquela situação, Ramón não quer mais viver. Para ele, depender de outras pessoas é indigno. O direito de ir e vir não mais lhe pertence, então ele luta pelo direito de não continuar mais vivendo.

*Mar Adentro* apresenta a figura carismática e extremamente lúcida que foi Ramón Sampedro, o qual apesar de desejar a morte mais do que qualquer outra coisa, Ramón tem um olhar doce e aprendeu a sorrir quando sente vontade de chorar. Seu carisma exerce magnetismo impressionante sobre as pessoas, especialmente, nas mulheres. Seu relacionamento com os que os cercam é de tamanha leveza que se torna difícil acreditar que aquele homem que está preso à cama quer realmente morrer, a não ser nos momentos que ele discorre sobre seus motivos. O desejo é compreensivo, talvez até incontestável para os que estão habituados a respeitar opiniões e decisões alheias. Por conta da sutileza da interpretação de Bardem e o carisma do personagem principal, *Mar Adentro* acaba se tornando uma “ode à vida”. Apesar de o protagonista lutar pelo direito de morrer, no espectador é despertada a vontade de viver ao máximo.

Sua família o rodeia de amor e atenção, e o mesmo acontece com os advogados que, por todos os meios, tentam auxiliá-lo na demanda jurídica por seus direitos. Sua irredutível certeza confronta-se com o temor de todos que o cercam.

O dilema de valores é patente, em diferentes níveis, entre o restante dos personagens. O medo de aceitar a vontade de Ramón ou de intervir para concretizá-la, parece mais preso à noção de que amar é proteger a vida contra tudo, do que a ameaça da condenação legal. O amor é aqui obrigado a definir-se entre o egoísmo e a generosidade. A sacralidade da vida e sua associação a uma concepção cristã, a dicotomia entre o bem e o mal também exercem influência no debate.

Decerto, a perspectiva mostrada por Amenábar no filme sobre a eutanásia é tendenciosa, elemento que pode ser evidenciado no episódio da discussão entre Ramón e o bispo tetraplégico (a ser discutida posteriormente), na qual retrata a posição da Igreja Católica de forma simplista e plana. Nos agonizantes momentos finais do filme é revelado o destino da advogada Julia (interpretada por Belén Rueda), também fica explícita a postura do cineasta. Contudo, *Mar Adentro* não foi prejudicado pela tendência do cineasta em favor da eutanásia, já que a temática central é abordada com certa sutileza durante grande parte do filme.

## 4.2 Contribuições do filme para o processo ensino-aprendizagem em bioética

### 4.2.1 Análise macro-analítica

Nesse tópico, faremos uma análise macroanalítica em relação aos personagens e suas posturas frente ao desejo de Ramón de morrer, ou seja, sua opção pelo suicídio assistido. Nesta, identifica-se três grandes posturas dos personagens:

- a) os que o apóiam e entendem seu desejo de morrer de forma digna;
- b) os que não o apóiam e acham que seu desejo é inaceitável; e,
- c) os que o entendem o desejo do protagonista, mas preferem se calar.

Há três tipos de personagens que se posicionam contra, a favor, ou se abstêm de opinar sobre a prática da eutanásia no caso específico de Ramón.

Observa-se ainda que, nesse filme, a prática da eutanásia não está na dependência direta de uma atitude médica nem de um profissional da área de saúde. O drama consiste na realização ou não do desejo de Ramón de morrer com a ajuda de uma pessoa que, para ele, deve amá-lo o suficiente para ajudá-lo a praticar a eutanásia. Devido à ilegalidade da ação e do fato de Ramón receber cuidados domiciliares da família, a trama não ocorre no ambiente hospitalar. Esse fator é importante porque na maioria dos debates sobre a eutanásia, o ambiente hospitalar e os profissionais da saúde aparecem com maior evidência na discussão. Isso porque, para a realização da eutanásia no sentido de “boa morte” ou “morte serena” o paciente necessita da presença e auxílio de profissionais capacitados e ligados à área da saúde. Assim, as discussões de maior repercussão em torno da eutanásia enfrentam questionamentos no âmbito da ética, moral e, por conseguinte, pela responsabilidade dos profissionais da saúde e, em especial dos médicos.

No caso do filme *Mar Adentro*, o debate é deslocado para outras esferas de interação do “paciente”. Além do debate acerca da eutanásia esse filme também pode possibilitar o debate acerca da qualidade de vida de pacientes tetraplégicos, proporcionados pelos cuidados domiciliares e, também, pode incitar nos alunos o entendimento e ou aprendizado das demais patologias abordadas no filme.

Considerando que o termo eutanásia, apesar de significar, etimologicamente, “boa morte”, e carregar uma carga pejorativa, não é nesse sentido que a trataremos nesse estudo. O que pretendemos é analisar os aspectos

que se referem à situação de parceria que se pode criar entre médico e paciente ou “colaborador” e paciente, os quais podem se convencer da inutilidade (e/ou crueldade) no prolongamento de uma terapêutica sem expectativa de êxito que, ao contrário disso, pode trazer mais sofrimento e tristeza para o doente, desrespeitando-lhe a vontade.

Nessa perspectiva, a bioética busca respeitar a autonomia do paciente (SCRAMM, 1998), isto é, a sua autodeterminação, liberdade de governar-se conforme o seu entendimento, aceitando ou recusando as atenções de saúde, escolhendo seu médico, acolhendo ou não suas recomendações. Com freqüência reforça-se aos cidadãos que a Constituição (inclusive a brasileira) assegura o direito à vida, constituindo-se essa uma premissa fundamental em um Estado democrático, porém não há a propagação da existência de um “dever” de vida, isto é, uma obrigatoriedade a quem quer que seja de continuar vivendo, contrariamente à sua vontade, presa aos próprios sentimentos e razão (HORTA, 1999).

Nessa ótica (e nessa ética), não há razão para que um paciente - sem qualquer perspectiva de melhora, se sujeite a novas dores físicas e psíquicas - exprimindo sua decisão de forma lúcida, clara e livre - não possa ser "ajudado" a abreviar a sua vida. E, nesses casos, o médico ou outra pessoa possa colaborar com a vontade de morrer do paciente, também detentores da própria autonomia, não poderão e não deverão ser instigados por terceiros a participar de um ato (ou de uma omissão) que consideram como criminoso (MILLER; MEIER, 1998). Nesses casos, a abreviação da vida é um evento de “parceria, de solidariedade, de amor” entre seres humanos, dentro do argumento acima levantado.

A Lei brasileira, por ora, condena todo tipo de eutanásia, inclusive nas situações de "suicídio assistido", conforme o Artigo 5º da Constituição nacional. Assim, não há como recomendar uma prática atualmente proscrita, como o aborto, por exemplo. Mas, ainda assim, pode-se optar por um enfoque autonomista de discussão, válido, para pacientes terminais (com neoplasias ou com AIDS, por exemplo) e para pacientes tetraplégicos. No caso dos tetraplégicos, o direito à eutanásia é discutível, pois inclui o conceito de qualidade de vida, além do direito de auto-extermínio numa situação que não pode ser considerada terminal a priori.

Em relação aos personagens, temos na luta pelo direito de morrer com dignidade, desde o início do filme, o tetraplégico Ramón (Javier Bardem), a advogada Julia (Belén Rueda) e sua amiga e simpatizante da causa Gené (Clara

Segura) com a ajuda de Mark (Francesc Garrido), seu namorado e também advogado. Rosa (Lola Dueñas) conhece Ramón com a intenção de dar a ele motivos para viver, mas torna-se a personagem que dá ao tetraplégico uma a prova de amor ao ajudá-lo a morrer. Os que se manifestam explicitamente contra o suicídio são: José (Celso Bugallo), seu irmão mais velho, e o padre Francisco (José Maria Pou), também tetraplégico. Javi (Tamar Novas) sobrinho de Ramón e Manuela (Mabel Rivera), cunhada de Ramón, são seus principais cuidadores e demonstram respeitar sua vontade de querer morrer, porém, sofrem pela dor de perder o parente.

Um dado importante apresentado no filme diz que 67% dos espanhóis são a favor da eutanásia. As manifestações de apoio a Ramón são mostradas na porta do tribunal, quando Ramón vai ao julgamento de seu pedido na justiça. Esse fato revela o impacto social relativo à questão e põe à prova o conceito de “democracia” e o regime político praticado na Espanha. Assim, cabe indagar: se num regime democrático a maioria da população apóia a prática da eutanásia, quais seriam as justificativas para sua ilegalidade? A legislação de um país deve necessariamente expressar a decisão da maioria do seu povo? Tais questionamentos parecem simplistas, quando desprezadas as dimensões histórico-culturais e religiosas e sua formação durante a construção da identidade cultural de certa sociedade.

Diante dos questionamentos levantados acima, cabe ao professor abordar o aspecto jurídico-legal para discutir a tutela do Estado sobre as questões de direito à vida. O Estado de direito democrático, manifesto através do poder legislativo, “ordena” as práticas sociais com o intuito de proteger os cidadãos, age partindo do pressuposto de justiça para todos (princípio da universalidade), e, portanto, deve legislar sobre as questões relacionadas à saúde e à vida.

#### **4.2.2- Análise micro-analítica**

Após uma avaliação geral do filme, será realizada uma breve análise de algumas cenas (“recortes”) nas quais aparecem de forma mais evidente os argumentos e elementos que cercam o debate em torno da eutanásia. Os diálogos serão transcritos de acordo com a legenda do filme em português e abordam os aspectos de maior relevância.

É importante salientar que cabe ao professor buscar - após a exibição das cenas e antes da discussão das mesmas, identificar “o que o aluno vê” para que a



partir daí, possa conduzir a discussão de forma a estimular um exercício filosófico que favoreça, futuramente, esse aluno no exercício de sua profissão.

**Cena 1:** A cena se passa no quarto de Ramón (Javier Bardem), na casa onde ele mora que pertence ao seu irmão, José (Celso Bugallo). O diálogo ocorre entre a advogada Julia (Belén Rueda) quando a mesma encontra Ramón pela primeira vez:

*JULIA: Ramón, por que morrer?*

*RAMÓN: Bem, quero morrer porque a vida para mim, nesse estado, não é digna, não vale a pena. Percebo que outros tetraplégicos poderão sentir-se ofendidos quando digo que a vida assim não é digna. Mas eu não julgo ninguém. Quem sou eu para julgar aqueles que querem viver? É por isso que peço para não ser julgado, nem a pessoa que me ajudará morrer.*

*JULIA: E você acha que alguém vai te ajudar?*

*RAMÓN: Bem, isso vai depender dos que tomam as decisões, se conseguirem vencer seus receios. Não é difícil. A morte sempre existiu e sempre existirá. Afinal, ela alcança todos. Todos! Faz parte de nós. Por que ficam escandalizados quando eu digo que quero morrer? Como se fosse contagioso...*

*JULIA: Se finalmente formos a tribunal, eles vão te perguntar por que você não procura alternativas para a sua incapacidade. Por exemplo, por que você rejeita a cadeira de rodas?*

*RAMÓN: Porque aceitar a cadeira de rodas seria como aceitar migalhas do que foi minha liberdade. Por exemplo, você está aí sentada, a menos de dois metros. O que são dois metros? Uma viagem insignificante para qualquer ser humano. Bem. Para mim, esses dois metros necessários para eu poder chegar até você e te tocar, são uma viagem impossível... uma quimera, um sonho. É por isso que quero morrer.*

Nessa cena, a narrativa de Ramón nos remete ao evitado, mas necessário enfrentamento da morte e de sua intrínseca relação com a vida. Seu conceito de vida está ligado à dignidade e qualidade de vida que são abordados de forma contundente. Esta cena pode ser útil durante a discussão do processo de morte e de morrer. A morte é percebida pelos médicos e pelos futuros médicos, em geral, como fracasso, especialmente pela disponibilidade de recursos tecnológicos sofisticados e eficazes para a manutenção da vida. Com efeito, o posicionamento do personagem

principal pode auxiliar o professor de Medicina na condução de uma reflexão acerca da idéia moderna de desmitologização da morte e do entendimento da morte como inexorável limite ao projeto iluminista de tudo controlar (inclusive a morte) por avanços técnicos da ciência moderna (GADAMER, 2006). Além disso, pode-se discutir o conceito e significado de qualidade de vida que é constantemente invocado como objetivo final dos cuidados paliativos e como referencial ou determinante do princípio de melhor interesse dos pacientes.

A recusa de Ramón em aceitar uma cadeira de rodas e a imagem de sua imobilidade (movimentar-se autonomamente é uma “viagem impossível” para ele) retrata a questão nuclear que percorre a ética biomédica: o que faz uma vida humana ter valor e, em particular, o que uma vida ter mais valor que outras (inclusive outras formas de vida)? Solicitar aos alunos que respondam a essa pergunta pode induzi-los a perceber que as decisões da vida prática e, portanto, as resoluções dos dilemas morais em Medicina dependem em última análise dessa resposta. Vale lembrar que essa é uma discussão essencialmente filosófica com imediata consequência prática, o que pode estimular os alunos se aproximarem das teorias filosóficas. Por outro lado, pensar no valor da vida humana remete também ao entendimento de que prática médica (ou o cuidado da saúde) é mais clara e visível afirmação da sua expressão.

**Cena 2:** Acontece na cozinha, logo após a cena acima descrita e confirma o amadurecimento, durante anos, da decisão de Ramón. Os personagens Gené, Julia e Mark falam da decisão de Sampedro:

*GENÉ: Ele nos telefonou um ano atrás; queria que o ajudássemos a morrer, literalmente. Eu disse a ele que poderíamos até oferecer-lhe ajuda psicológica e apoio legal, mas que nunca poríamos o cianureto de potássio na boca dele... Fiquei surpreendida por ver o quão decidido estava.*

*MARK: Ele alguma vez hesitou?*

*GENE: Nunca.*

Nessa cena é possível perceber que há em Ramón uma segura determinação ou decisão para o suicídio assistido, permitindo uma a reflexão sobre as dificuldades quanto à distinção entre suicídio (e o suicídio assistido) e eutanásia e as definições dos diferentes tipos de eutanásia (eutanásia ativa e passiva, voluntária e não- voluntária) (MCMAHAN, 2002, p. 455-503). Cabe perguntar aos alunos (e

solicitar a fundamentação das respostas) se filmes como *Mar Adentro* e *Menina de Ouro*<sup>5</sup> são películas sobre eutanásia ou se a possibilidade de morte iminente e o sofrimento desesperador e irreversível (como no caso de Julia, a advogada de Ramón) são ingredientes necessários para querer morrer dignamente. A análise do filme *Invasões Bárbaras*<sup>6</sup> pode também auxiliar o debate, uma vez que o personagem principal, um intelectual com doença terminal, se despede da vida de forma programada e festiva junto aos seus amigos, seu filho, sua ex-mulher e suas duas amantes.

Outro aspecto que pode ser discutido na abordagem dessa cena são as implicações legais aos que eventualmente possam colaborar, na prática, com suicídio assistido. Gené, mesmo se dispondo a assessorar Ramón em sua demanda, reflete em sua fala a responsabilidade legal que a questão impõe.

É possível, assim, identificar os principais elementos morais e legais que permeiam o debate acerca da eutanásia no processo ensino-aprendizagem. No entanto, pode-se também deslocá-lo para uma esfera talvez mais produtiva para a compreensão da eutanásia, ou seja, o conhecimento das experiências vivenciadas pelas pessoas que desejam o término de suas vidas. Isso significa que desvelar a vulnerabilidade das motivações individuais e o papel das relações sociais pode auxiliar os alunos a se afastarem da polarização acadêmica, por vezes, estéril durante a discussão dos dilemas morais relacionados ao direito à vida (PARKER, 2005; GILLIS, 2006).

**Cena 3:** A cena se desenvolve no estábulo, onde a advogada Julia (Belén Rueda) questiona José (Celso Bugallo), irmão de Ramón e dono da casa onde ele mora, sobre sua opinião frente ao desejo do irmão de morrer.

*JOSÉ: As idéias são livres, mas eu penso que o que ele quer não está certo.*

*JULIA: Mas por que não?*

*JOSÉ: Eu quero o melhor para ele. Todos nessa casa querem o melhor para ele. Então, por que ele quer morrer? Não entra na cabeça de ninguém! Não é*

<sup>5</sup> MILLION dollar baby. Direção de Clint Eastwood. EUA: Europa Filmes, 2005. 1 filme (133 min), son., color. Título em português: Menina de Ouro. Legenda em português. A ficha Catalográfica desse filme encontra-se no **Anexo C**.

<sup>6</sup> LES INVASIONS barbares. Direção de Denys Arcand. Canadá: Europa Filmes, 2003. 1 filme (94 min), son., color. Título em português: As invasões bárbaras. Legenda em português. A ficha Catalográfica desse filme encontra-se no **Anexo D**.

*racional, como ele mesmo diz. Eu não dou minha autorização para que ele se mate nesta casa, e não a posso dar. Não autorizo mesmo!*

A postura do irmão de Ramón nesta cena retrata os argumentos emocionalistas, religiosos e legais comumente invocados para condenar a eutanásia e que podem ser abordados em sala de aula. Condenada ao emocionalismo pelo aspecto da família amar Ramón e associar sua morte à perda, independente do que signifique para Ramón o que é verdadeiramente viver ou mesmo viver em condições subumanas, mesmo que tenha uma família que o ame e que cuide dele. A noção de certo ou errado, referida por José, está enraizada na dicotomia bem/mal presente na formação cristã da sociedade ocidental. Em relação à legalidade, há talvez uma preocupação do irmão de Ramón quanto às possíveis sanções e punições legais no que se refere à permissão ou compartilhamento do suicídio do irmão.

Esta cena também possibilita ao professor explorar a relevância dos familiares (e cuidadores principais) na decisão pela eutanásia. Permite transcender a discussão sobre o papel dos familiares, por exemplo, no que se refere à transferência da autonomia para familiares no caso de pacientes inconscientes (coma, por exemplo) ou que não podem exercer seu direito por deficiências cognitivas.

**Cena 4:** Desenvolve-se na casa de Rosa, enquanto a personagem assiste à televisão e vê, num telejornal, a repercussão do pedido judicial de Ramón ao direito da eutanásia.

*RAMÓN (num depoimento gravado e mostrado na televisão): ...ganharemos o Céu porque temos passado as nossas vidas no Inferno. Eu gravei essas imagens para que os juízes ou juristas ou os políticos ou quem quer que tenha que decidir, possa refletir um pouco... porque me parece que eles não podem se dar conta da dor psicológica da pessoa que sofre. Talvez assim possam entender que a vida não é isso.*

*ENTREVISTADOR: Por que você sorri tanto, Ramón?*

*RAMÓN: Quando não podemos evitar depender dos outros constantemente, aprendemos a chorar rindo.*

Essa cena mostra como a relação de dependência entre o doente e o cuidador é desgastante. Nesse momento, é possível abordar a necessidade de compreender a estrutura emocional/familiar a que se submete o paciente. Com essa

cena o aluno pode ter a consciência de que não basta tratar o doente, mas apoiar e saber avaliar, segundo a terapêutica planejada, o papel da família/cuidador. A falta de liberdade de ir e vir, ocasionada pela doença, pressiona de forma intensa o paciente tetraplégico e estimula a discussão acerca da perda ou restrição de sua individualidade e seu enfrentamento. Esta é uma cena de forte apelo estético que mostra o potencial de adaptação do ser humano e sua capacidade de aprender a viver com um corpo desfigurado, embora contra a sua própria vontade. É possível abordar, nesse momento, no processo ensino-aprendizagem, as questões relativas ao direito à vida, as restrições impostas pela sociedade e pelo Estado (direito público) à auto-determinação dos indivíduos (direito privado).

Com efeito, as práticas profissionais de cuidado com a saúde individual devem afirmar o valor da vida humana através do fornecimento de condições objetivas para o bem-estar das pessoas e, ao mesmo tempo, do respeito aos desejos e às demandas particulares. Esta cena pode fornecer elementos para que os alunos identifiquem essa tensão entre a necessidade da oferta de condições favoráveis para a promoção da saúde e reconhecimento autêntico do que os indivíduos querem para si, pois, dessa tensão surgem os clássicos dilemas bioéticos. É por isso que a resolução ou a justificativa moral dos problemas éticos da prática médica deve levar em conta tanto a moralidade pessoal quanto as políticas públicas.

**Cena 5:** Ocorre no quarto de Ramón, quando ele conhece Rosa:

*ROSA: Eu ouvi o que você disse (na televisão) e então vi os seus olhos, que são realmente lindos. E pensei: Com uns olhos tão cheios de vida... Por que alguém com aqueles olhos querem morrer?*

É possível nessa cena exemplificar para o aluno de Medicina uma realidade muito presente na prática médica: aspectos objetivos identificáveis pela observação rigorosa do paciente podem não traduzir sua real condição psico-emocional e sua subjetividade. Mesmo tendo vida em seus olhos, a morte prevalece o tempo todo no pensamento do personagem principal. Cabe perguntar ao aluno, com o objetivo de estimular o raciocínio lógico para a resolução de problemas bioéticos, se o tratamento possível a ser oferecido não corresponde ao melhor interesse de Ramón (voltar a movimentar-se ou ter a vida experimentada antes do acidente) ou não resulta em benefício da sua qualidade de vida (pelo menos da

forma que ele deseja), é razão suficiente para justificar moralmente o seu pedido de suicídio assistido.

Além disso, é importante discutir a questão da supremacia do corpo sobre a subjetividade, questionar o valor da vida e da existência relacionado à construção social, histórica e cultural. Assim, pode-se solicitar aos alunos elaborem argumentos que possibilitem a Ramón reavaliar posturas, conceitos e “certezas” que possam promover mudança de atitude ou ressignificação do sentido da sua vida. Nesse momento, torna-se oportuna a exposição dos argumentos contrários à eutanásia para que se possa fazer uma abordagem oposta àquela que o filme apresenta.

**Cena 6:** Diálogo entre Julia e RAMÓN no quarto.

*JULIA: Você não gosta de recordar o passado, não é verdade?*

*RAMÓN: Claro que não. Só olho para o futuro.*

*JULIA: E o que é o futuro para você?*

*RAMÓN: A morte. É o mesmo que para você. Você não pensa na morte?*

*Não sou o único que pensa na morte.*

*RAMÓN dizendo à Julia sobre sua noiva na época do acidente:*

*JULIA: Sua noiva? E o que aconteceu com ela?*

*RAMÓN: Nada. Durante uns tempos ela passou pelo hospital. E um dia veio com uma besteira sobre nos casarmos... Eu falei pra ela pra sair dali, recomeçar a vida dela como pudesse, e que me esquecesse.*

*JULIA: Mas, você gostava dela?*

*RAMÓN: Essa não era a questão, a questão era se eu estava disposto a amá-la nesse estado.*

*JULIA: Você está me falando que se recusou a amar por que...*

*RAMÓN: Porque não posso amar. É isso mesmo!*

*JULIA: Então eu vou ter que falar para os juízes que, para você, os tetraplégicos não têm o direito de se apaixonarem, é isso?*

*RAMÓN: Por que você está me falando dos tetraplégicos? Eu estou falando de mim, Ramón Sampedro.*

Nesse diálogo, Ramón reafirma que sua luta é uma causa individual, refere-se ao seu direito de querer morrer e diz respeitar a opinião dos que se encontram em condições semelhantes e mesmo assim acham suas vidas dignas. É possível identificar, neste recorte, um argumento a favor da legalização da eutanásia

fundamentado no respeito à diversidade de opiniões. Esse argumento favorável à eutanásia mostra a possibilidade de reconhecer as diferentes realidades humanas, garantindo, em primeiro lugar, a liberdade de escolha do indivíduo, em uma perspectiva prioritariamente autonomista.

O filme permite, nesse momento, discutir o individualismo na sociedade pós-moderna e suas repercussões nas práticas profissionais na área da saúde. Os estudantes podem, após assistir a essa cena, discutir conceitos nucleares em Bioética como autonomia e justiça, bem como refletir acerca dos valores determinantes do mundo (da sociedade pós-moderna) em que vivem sacrificam o bem-estar comum e priorizam os direitos e os interesses particulares (ou individuais).

**Cena 7:** Essa cena se passa no quarto de Ramón, com seu pai Joaquín (Joan Dalmau) que permanece calado e José (Celso Bugallo):

*RAMÓN (para José): E se você se acidentar amanhã e morrer? ... O que seria de mim? Eu teria de cuidar da família, não é mesmo? Da sua mulher, do seu filho, do papai... Com essa miséria de pensão que ganho. Pense bem! Se eu continuo vivo, torno as coisas muito piores.*

Com essa fala, Ramón expõe sua incapacidade de prover a si e a sua família, pois desprovido de um valor capitalista primordial que é a capacidade de trabalhar e se inserir no sistema. Encontra nesse argumento mais um motivo que justifica sua vontade de morrer. Insinua representar para a família uma fonte de gastos além de não poder, diante da eventual morte do irmão, sustentar a família que tanto ama e que durante muitos anos cuidou dele. O “custo” da manutenção da vida e o impacto financeiro da manutenção de um tratamento de saúde nessas condições também são aspectos possíveis de discussão.

Cabe aqui sublinhar aos alunos uma importante contribuição da ética compreendida por Foucault que se contrapõe às teorias clássicas. Ao contrário da tradição ética (filosófica ou religiosa), que privilegia as obrigações dos indivíduos para com os outros, para Foucault importa como o ser humano constrói sua subjetividade, de modo que, a procura de certos valores para alcançar um estado de perfeição (uma experiência estética) incide no próprio sujeito (PRADO, 2003). A decisão de viver ou morrer deve repousar na capacidade de cada um usar sua liberdade por meio de um movimento interior de auto-conhecimento. A moralidade

popular, dominada por valores religiosos, e o aparato médico, fortemente burocratizado e instrumentalizado, são expressões de controle social da morte e do morrer. De forma sutil a estrutura pública de saúde comanda quem deve e quando deve morrer, pois tem a posse das condições objetivas para decidir, por exemplo, quem terá a prioridade e o privilégio, num cenário de parques e finitos recursos financeiros destinados à saúde, de ser cuidado em uma unidade de terapia intensiva. A ética em Foucault nos auxilia a compreender como a morte moderna escapa o controle privado.

O filme *Invasões Bárbaras* também retrata de uma maneira por vezes cínica e irônica o enfrentamento da medicalização da morte e seu controle social. O cineasta Denys Arcand faz uma crítica sagaz ao Estado, à polícia, à Igreja e à família. Fugindo do trivial, o filme inova ao reunir todos, inclusive antigos amigos, amantes e ex-alunos e aproveita para discutir valores éticos que permeiam nossa cultura, materialista e consumista, e que marginalizam o sentido da convivência humana. O encontro dos personagens proporciona o progresso ético individual. A morte do protagonista leva o espectador a reavaliar suas crenças e perceber criticamente os valores morais de nossa época.

**Cena 8:** Essa cena se passa na casa de Ramón, mas é intermediada por terceiros, pois o acesso de padre Francisco (José Maria Pou) tetraplégico que visita Ramón para convencê-lo que é desejável viver mesmo naquela condição. Esse mesmo padre no depoimento que prestou na televisão após a reportagem que falou do pedido da Eutanásia por Ramón, associou o desejo de Ramón à possibilidade de falta de amor e cuidados de sua família. Tal declaração chocou a todos, principalmente a sua cunhada Manuela (Mabel Rivera) e a José (Celso Bugallo) que se sentiram injustiçados e humilhados pelo padre sem razão, como o filme retrata o tempo todo.

*PADRE (através de Andrés): ... E como estamos dentro da eternidade, a vida não nos pertence. Então, claro, chegamos ao ridículo extremo, à definição burguesa de propriedade privada.*

*RAMÓN: Mas a Igreja foi a primeira a secularizar a propriedade privada, homem!...*



*...Por que a Igreja mantém com tanto ardor essa postura de terror da morte? Porque sabe que perderia uma grande quantidade de sua clientela se as pessoas perdessem o medo do que está mais além...*

*... De acordo com as estatísticas, 67% dos espanhóis são a favor da Eutanásia.*

*PADRE: ... As questões morais não se resolvem através de sondagens...*

*... Porque a maioria do povo alemão também era a favor de Hitler.*

*RAMÓN: ... o que tem a ver Hitler com o magnésio ou a ginástica? Por que é que você está chamando peras de maçãs? Eu esperava que você não viesse aqui para fazer demagogia. Porque disso vocês, Jesuítas, sabem muito.*

*PADRE: Claro que não! Mas já que você falou em demagogia, amigo RAMÓN, não te parece que demagógico seria dizer “morrer com dignidade”? Por que você não deixa de eufemismos, chama as coisas pelo nome e diz, com toda certeza: “Eu tiro a minha vida”?*

*RAMÓN: Não deixa de me surpreender que você mostre tanto interesse pela minha vida, levando em conta que a instituição que você representa aceita, até os dias de hoje, nada menos que a pena de morte, e, durante séculos, condenou à fogueira aqueles que não pensavam corretamente.*

*PADRE: agora quem está fazendo demagogia é você!*

*RAMÓN: Sim, claro. Mas deixando de lado os eufemismos, como você disse, foi isso que fizeram comigo, não? Queimar-me vivo. Queimar-me por defender a minha liberdade.*

*PADRE: Amigo Ramón, uma liberdade que elimina a vida, não é liberdade.*

*RAMÓN: E uma vida que elimina a liberdade, tampouco é vida!*

Esta cena suscita um dos principais elementos na discussão da eutanásia: a religião que representa influência significativa no pensamento social, além de influenciar a moral vigente e as leis de determinadas sociedades. A cena revela a postura tendenciosa na abordagem da eutanásia, uma vez que o ponto de vista de Ramón é uma das premissas para a discussão do tema, ou seja, há um viés tendencioso nesse recorte. O foco da cena mostra uma abordagem contrária à da Igreja Católica, que é uma instituição formadora de opinião de peso na luta contrária à legalização da eutanásia e exerce um monopólio da opinião pública em sociedades tradicionalmente cristãs, como a brasileira. Ramón “desmascara” de

forma sutil o verdadeiro interesse da igreja pela vida que, para ele, tem a função de legitimar a sua função perante a sociedade e ressalta o seu papel de sustentar a estrutura social. A religião aparece como responsável pela obstrução ao processo de legalização da eutanásia, ao retirar do indivíduo a posse de sua vida e a transferi-la para Deus.

É importante que o professor pondere que o indivíduo carrega uma carga de religiosidade e pode agir moralmente a partir da idéia de bem ou de mal (uma vez que a moral pertence ao campo da ação individual) e, assim, agir de acordo com sua formação moral, pois na formação de cada um há uma deontologia social implícita que prescreve condutas consideradas socialmente éticas, que influenciam nas suas ações.

Pode-se, também, utilizar esse embate entre Ramón e o padre como ponto de partida para a discussão com os alunos a respeito da contraposição entre o princípio de santidade da vida, o princípio de autonomia e o de qualidade de vida (HALE, 2006; BATTIN, 1994; BROOME, 2006). Nesse momento, é explícita a existência de uma dicotomia na discussão da eutanásia, que se polariza entre a sacralidade da vida (representada pela religião) e a qualidade de vida (discussão laica, fundamentada em sua maior parte em aspectos objetivos relacionados ao paciente). É oportuno, por exemplo, perguntar ao aluno, a partir da afirmação do padre, se “uma liberdade que elimina uma vida, não é liberdade”, se a sacralidade secular da vida precede a auto-determinação dos indivíduos que desejam morrer ou que recusam tratamento em circunstâncias em que essa recusa resulta na morte. Cria-se, assim, espaço para a reflexão sobre esses princípios conflitantes e abre caminho para, após uma melhor compreensão teórica, tentar elaborar argumentações e justificativas morais para a defesa das respostas e das posições tomadas pelos alunos.

Esta cena revela uma opção diferente de enfrentamento das limitações físicas já que o padre, também tetraplégico, encara a vida com uma perspectiva oposta à de Ramón. A partir das questões suscitadas nessa cena, os alunos podem se posicionar frente às opções de enfrentamento apresentadas pelos personagens e, por conseguinte, fortalecer seus argumentos na discussão das múltiplas subjetividades que interferem na percepção da polêmica.

**Cena 9:** Ramón resolve sair de casa e ir ao Tribunal para o julgamento de seu pedido. Há todo um planejamento dessa saída que cria uma atmosfera de cooperação entre vários personagens da trama. Nessa fase do filme, a advogada Julia (Belén Rueda) já está se tratando da doença que sofre, o CADASIL, já mencionado anteriormente. Julia experimentou o amor por Ramón e luta contra seu destino. Incentivou a publicação de seus poemas para dar visibilidade à causa, além de ter prometido ajudá-lo a morrer e assim também terminar com sua própria vida no dia em que saísse o primeiro exemplar do livro de Ramón. A cena se passa não só durante o trajeto de casa até o tribunal, cercada de vida e beleza, mas mostra o apoio popular a Ramón e a intransigência da justiça em não aceitar que Ramón fale no tribunal. Essa fala é de Mark (Francesc Garrido) para os juízes do tribunal:

*MARK (advogado de Ramón): “Num Estado que se declara laico, que reconhece o direito da propriedade privada e cuja constituição expressa também o direito de não sofrer torturas, nem tratamentos degradantes, é correto dizer que quem quer que considere o seu estado como degradante, como Ramón Sampedro, poderá dispor de sua própria vida. De fato, ninguém que tente se suicidar e sobrevive, é processado depois. Mas... Quando se necessita da ajuda de outra pessoa para morrer com dignidade, então o Estado interfere na independência das pessoas e diz-lhes que a vida que vivem não é delas, que não podem se dispor delas... Isto, excelências, só pode ser feito com base em crenças metafísicas ou religiosas. Isto, num Estado, repito, que se declara laico”.*

Esta cena possibilita a discussão sobre os princípios que podem ser considerados quanto ao direito de decisão de retirar a vida por meio da eutanásia ou suicídio assistido: piedade médica, autonomia e justiça. Esses conceitos devem ser discutidos conforme os preceitos tradicionais bioéticos, o principalismo (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002), conforme os outros sistemas da filosofia moral como, por exemplo, o prescritivismo universal de Hare (LUNARDI, 2003) e o utilitarismo abordado nas análises de Peter Singer (SINGER, 2002). Os estudantes de Medicina têm aqui a oportunidade de se aproximarem de referenciais ético-filosóficos importantes para a elaboração de um pensamento crítico que possibilite o entendimento da complexidade da abordagem (justificação moral) dos difíceis dilemas morais enfrentados pela Medicina. Outra característica interessante na repercussão da demanda de Ramón é o impacto social que o seu caso provocou na

sociedade espanhola, promovendo a assinatura de um manifesto, com milhares de assinaturas que endossavam o pedido ao direito à eutanásia.

**Cena 10:** Ocorre num parque após o julgamento do pedido de Ramón. Nesse momento, Rosa (Lola Dueñas) já demonstra sua paixão por Ramón.

*RAMÓN: A pessoa que realmente me ama é precisamente aquele que me ajudará a morrer. Isso é me amar, Rosa. Isso é amor.*

Para Ramón, o amor entre duas pessoas é mensurado e vivenciado através de atitudes de respeito mútuo aos anseios e desejos “um do outro”. Com esse argumento ele começa a provocar em Rosa uma reflexão sobre sua posição frente à morte e ao amor. Nesse momento, ele induz Rosa a repensar seu problema e acaba por fazê-la reavaliar a possibilidade de ajudá-lo a realizar seu desejo de morrer. A cena evidencia a complexidade humana e sua possibilidade de reavaliação de conceitos, de mudança de mentalidade e do aprendizado como experiência transformadora. Permite discutir a responsabilidade de uma pessoa em ajudar outrem a lutar pelo direito à liberdade.

Porém, há uma clara contradição na concepção do conceito de amor<sup>7</sup> do personagem, que revela uma postura egoísta e individualista de Ramón. Para ele o amor aparece como uma “via de mão única” e não uma “via de mão dupla” na qual o outro também possa ser considerado como parte da relação. Ele desconsidera a existência de um vínculo que implica em reciprocidade, em respeito aos anseios e desejos do outro.

Sobre a associação entre eutanásia e liberdade, Pessini argumenta que

o grande argumento favorável à prática da eutanásia se sustenta no princípio bioético da autonomia e, em última instância, na defesa da liberdade do ser humano. O silogismo utilizado é este: o paciente é um ser humano, logo, o paciente é um ser livre para viver ou morrer e nada é legítimo para lhe cercear o exercício da liberdade. É o argumento de Peter Singer: os doentes incuráveis que solicitam aos médicos que lhes ajudem a morrer num momento que eles escolhem, não estão prejudicando os demais [...] Temos de considerar outra

---

<sup>7</sup> O conceito de amor é demasiado amplo e não pode ser tratado apenas sob a concepção simplista e reducionista do protagonista. A cena evidencia a parcialidade do filme ao analisar o amor apenas sob o olhar de Ramón. É importante polemizar a definição apresentada na cena e apresentar ao aluno algumas definições sobre o tema que enriqueçam a discussão. Por exemplo, o amor em Platão é falta, ou seja, o amante busca no amado a Idéia - verdade essencial - que não possui. Nisto supre sua falta e se torna pleno, de modo dialético, recíproco. Nem de longe é a noção de amor covarde que nunca se realizará. O amor pode também ser discutido a partir de aspectos fundamentais decorrentes dele, tais como paixão, atração física, sexo, amizade, dentre outros. Pode ser abordado sob inúmeras perspectivas religiosas e concepções culturais.

questão. Dar a morte ao enfermo que a solicita não significa, necessariamente, respeitar sua liberdade. Com frequência consiste em tirar-lhe a palavra e responder com um ato de morte ao que em muitos casos é um grito de socorro! Optar pela morte dispensa de escutar este grito (PESSINI, 2004, p. 277, 292).

No entanto, a eutanásia e as implicações dela decorrentes não devem ficar limitadas às convenções tradicionais, uma vez que o ser humano é demasiado complexo, capaz de alterar sua existência, valores e mentalidades na medida em que o contexto histórico social muda.

O filme termina com a realização desejo de Ramón efetivado com a ajuda de Rosa, em Boiro, a cidade essa onde a personagem mora. A família de Ramón sofre com sua partida. Julia não se lembra de quem foi Raiom, devido ao avanço de sua doença. Na efetivação da eutanásia, Ramón toma todas as providências para evitar que Rosa se comprometa juridicamente. Ele escreve um testamento conforme Anexo 5, no qual detalha todas as ações anônimas que culminaram na realização de seu desejo e deixa junto com o mesmo o poema que escreveu o qual encerra o filme.

O princípio da autonomia e o de qualidade de vida pode fundamentar a concretização do desejo de morrer pelo não oferecimento de tratamento (omissão), quer por recusa do paciente em se tratar, quer por juízo do médico de que o tratamento não trará benefício, mesmo que essa opção resulte em morte. No entanto, estes princípios não podem ser estendidos para que o médico auxilie (ação) o paciente no seu propósito de morrer, mesmo que para o seu bem ou benefício. A identificação pelos alunos desta distinção legal entre omissões e ações poderá facilitar a compreensão dos limites impostos à eutanásia e ao suicídio assistido e da (não) diferença do ponto de vista moral entre morrer e deixar morrer.

Independentemente da opinião individual de cada aluno com respeito ao tema abordado, o filme traz elementos e pontos de reflexão referentes ao universo do paciente e sua doença. Nesse sentido, contribui para uma re-avaliação dos valores pessoais de cada aluno e suas posturas diante dessa polêmica “demasiada humana”. O professor pode usar esses elementos para educar futuros profissionais eticamente capacitados, fazê-los compreender que cada paciente é produto das relações sociais e das influências do ambiente em que se inserem.

O debate sobre a eutanásia suscitado no filme deve ser analisado a partir de princípios bioéticos. Além disso, pode evidenciar o potencial do cinema de

atender aos anseios intelectuais e críticos dos espectadores. Serve como um “degrau a mais” ao aluno das ciências da saúde na escalada para o conhecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Humanidades Médicas desempenham uma função fundamental para a educação dos alunos dos cursos das ciências da saúde e quanto mais integradas estiverem aos currículos desses cursos de graduação, maiores serão os resultados positivos no tratamento dos futuros pacientes, uma vez recuperada a necessidade de se considerar a dimensão humana da relação médico paciente.

Ao retratar situações reais, polêmicas e conflituosas que estão presentes constantemente na vivência dos futuros profissionais da saúde, o cinema pode se constituir em uma ferramenta educacional importante, pois, ao desvelar as experiências vividas pelos personagens, motiva os estudantes a acompanhar histórias de vida que ainda não experimentaram (ou que irão experimentar). As narrativas oferecem oportunidades para a reflexão sobre a complexidade do comportamento humano e suas implicações nas práticas profissionais dos futuros médicos.

O cinema favorece uma abordagem menos tradicional da bioética e cria uma atmosfera propícia para a interação do aluno com as polêmicas e novos problemas da assistência de saúde pós-moderna, revela-se uma forma mais prazerosa e inteligente de levar o aluno a discutir as bases conceituais da bioética.

Apesar da descrição das cenas representarem muito pouco a grandiosidade destes filmes comerciais e a maneira sensibilizadora como a eutanásia ou o suicídio assistido neles são representados, foi possível retirar vários elementos que podem servir como ponto de partida para que esse difícil dilema moral possa ser mais bem fundamentado e discutido por futuros médicos sob vários pontos de vista. Educar atitudes e afetividades supõe mais do que oferecer conceitos teóricos ou simples treinos; implica promover a reflexão, verdadeiro núcleo do processo ensino/aprendizado que se deseja tornar humanizante. E, nessas circunstâncias, o cinema ganha fôlego e importância.

## REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. v. 1.
- ALMEIDA, Fernando Barcellos. **Teoria Geral dos Direitos Humanos**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1996. p. 54-58.
- ALMEIDA, M. J., et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-155, 2005.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**. Tradução Priscilla Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- AULL, F. **Literature, Arts and Medicine database**. New York: New York University School of Medicine, 2007. Disponível em: <<http://medhum.med.nyu.edu>>. Acesso em: 11 jul. 2008.
- BAGNATO, M. H. S.; RENOVATO, R. D.; BASSINELLO, G. A. H. De interdisciplinaridade e multirreferencialidade na educação superior em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, p. 365-370, 2007.
- BARILAN, M. Y. Towards a dialogue between utilitarianism and medicine. **Medicine, Health, Care and Philosophy**, Netherlands, v. 7, p. 163-173, 2004.
- BARROS, J. A. C. Repensando o processo saúde/doença: a que responde o modelo biomédico? In: PELIZZOLI, M. (Org.). **Bioética como um novo paradigma: por um novo modelo biomédico e biotecnológico**. Petropólis: Vozes, 2007. p. 40-58.
- BATTIN, M. P. **The least worst death**. Essays in bioethics on the end of life. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- BEAUCHAMP, T. L; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola: 2002.
- BENATAR, D. Bioethics and health and human rights: a critical view. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 32, p. 17-20, 2006.
- BLASCO, P. G. **Educação da afetividade através do cinema**. São Paulo: IEF, 2006.



BLASCO, P.G. **O valor dos recursos humanísticos na educação médica: literatura e cinema na formação acadêmica**” Revista Videtur-8, pp31-40. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.hottopos.com/videtur8/pablo.htm> Acesso em 21 de junho de 2007.

BLASCO, P. G.; GALLIAN, D. M. C.; RONCOLETTA, A. F. T.; MORETO, G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 119-128, maio/ago. 2005.

BLASCO, P. G.; LEVITES, M. R.; ALBINI, R. R. Literature and movies for medical students. **Family Medicine**, Leawood, p. 426-428, June 2001.

BLEAKLEY, A.; MARSHALL, R.; BRÖMER, R. Toward an aesthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 27, p. 197–213, 2006.

BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 80, n. 7, 2002.

BOLTON, G. Medicine, the arts and the humanities. **The Lancet**, London, v. 362, n. 9378, p. 93-94, 12 July 2003.

BONELLA, A. E. **Ethics Committees and moral deliberation**. Disponível em: <<http://www.fhi.ox.ac.uk/Papers/Alcino%20Bonella%20Ethics%20Committee.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

BROOME, J. **Weighing lives**. Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 241-253.

BULCÃO, L. G. O ensino médico e os novos cenários de ensino aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 61-72, 2004.

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 2007.

BURNS, C. H. In search of wisdom: William Osler and the humanities. **Medical Education**, Oxford, v. 37, p. 165-167, 2007.

CALMAN, K.; DOWNIE, R. Why arts courses for medical curricula. **The Lancet**, London, v. 347, p. 1499-1500, June 1996.

CANTO-SPERBER, M. **Dicionário de Ética e Filosofia Moral**. São Leopoldo: UNISINOS, 2007.

CAPRARA, R. J.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 136-146, 2004.

COELHO FILHO, J. M. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.

- CORTÍNA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.
- COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. Apresentando a bioética . In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998a.
- CRELLIN, J. K.; BRIONES, A. F. Movies in medical education. **Academic Medicine**, Washington, v. 70, n. 9, p. 745, 1995.
- CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.
- CUTOLO, L. R. A.; CESA, A. I. Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 75-89, 2003.
- DANS, P. E. The temple of healing: reflections from a physician at the movies. **Literature and Medicine**, Baltimore, v. 17, n. 1, p. 114-125, Springer 1998.
- D' AVILA, R.L. É possível ensinar ética Médica em um curso formal curricular? **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, p. 115-126, 2002.
- DECOURT, L. V. **William Osler na intimidade de seu pensamento**. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br/conteudomedico/decourt/momento%20de%20reflexao%20william%20osler.html>>. Acesso em: 11 jul. 2008.
- DELLASEGA, C.; MILONE-NUZZO, P.; CURCI, K. M.; BALLARD, J. O.; KIRCH, D. G. The humanities interface of Nursing and Medicine. **Journal of Professional Nursing**, Washington, v. 23, n. 3, p. 174-179, 2007.
- DICKENSON, D. L; PARKER, M.J. The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project: An experiential approach to philosophy and ethics in health care education. **Medicine, Health, Care and Philosophy**, Netherlands, v. 2, p. 231-237, 1999.
- DINIZ, D.; COSTA, S. **Ensaio: bioética**. São Paulo: Brasiliense; Brasília, DF: Letras Livres, 2006.
- DODGE, R. E. F. Eutanásia: aspectos jurídicos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 7, p. 113-120, 1999.
- DONNE, J. **Sonetos de meditação**. Tradução Afonso Felix de Sousa. Ed. Bilíngüe. Rio de Janeiro: Philobiblion, 1985. (Coleção Poesia, Sempre 6).
- DONOHUE, M.; DANIELSON, S. A community-based approach to the medical humanities. **Medical Education**, Oxford, v. 38, p. 204-217, 2004.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola: Centro Universitário São Camilo, 2003.

DURANT, G. **A bioética**: natureza, princípios, objetivos. Tradução de Porphírio Figueira de Aguiar Neto. São Paulo: Paulus, 1995.

EDGAR, A.; PATTISON, S. Need humanities be so useless? Justifying the place and role of humanities as a critical resource for performance and practice. **Journal of Medical Ethics**: Medical Humanities, London, v. 32, p. 92-98, 2006. Disponível em: <mh.bmj.com>. Acesso em: 11 jul. 2008.

ENGELHARDT, H. T. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 2004.

EVANS, H. M. Medical humanities: stranger at the gate, or long-lost friend? **Medicine, Health, Care and Philosophy**, Netherlands, v. 10, p. 363-372, Springer, 2007.

EVANS, M. Medicine, philosophy, and the medical humanities. **British Journal of General Practice**, London, v. 52, p. 447-449, June 2002a.

EVANS, M. Reflections on the humanities in medical education. **Medical Education**, Oxford, v. 36, p. 508-513, 2002b.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

FERREIRA, H. M; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-331, 2006.

FIGUEIRA, E. J. G.; CAZZO, E.; TUMA, P.; SILVA FILHO, C. R. S.; CONTERNO, L. O. Apreensão de tópicos em ética médica no ensino aprendizagem de pequenos grupos. Comparando a aprendizagem baseada em problemas com o modelo tradicional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 133-141, 2004.

FRANCISCONI, C. F. Eutanásia: uma reflexión desde la mirada Bioética. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Bogotá, v. 7, n. 12, p. 110-115, 2007.

GABLER, N. A república do entretenimento. In: \_\_\_\_\_. **Vida**: o filme: como o entretenimento conquistou a realidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 19-53.

GADAMER, H. G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006a

\_\_\_\_\_. A experiência da morte. In: \_\_\_\_\_. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006a.

\_\_\_\_\_. Sobre o caráter oculto da saúde. In: \_\_\_\_\_. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006b.

GARCIA, M. A. A., et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007.

GARRAFA, V. Bioética e ciência: até onde avançar sem agredir. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.

GILLION, R. Ethics needs principles: four can encompass the rest- and respect for autonomy should be "first among equals". **Journal of Medical Ethics**, London, v. 29, p. 307-312, 2003.

GILLIS, C. M. Seeing the difference: an interdisciplinary approach to death, dying, humanities, and medicine. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 27, p. 105-115, 2006.

GOIC, A. G. Apuntes sobre la eutanásia. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 133, p. 371-375, 2005.

GOMES, A. M. A.; MOURA, E. R. F.; AMORIM, R. F. O lugar da ética e Bioética nos currículos de formação médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 56-63, 2006.

GORDON, J. J. Medical humanities: state of the heart. Commentary. **Medical Education**, Oxford, v. 42, p. 333-337, 2008.

\_\_\_\_\_. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 182, n. 1, p. 5-8, 2005.

GRENZ, W. J.; SMITH, J. T. **Dicionário de Ética**. São Paulo: Vida, 2003.

GREAVES, D.; EVANS, M. Conceptions of medical humanities. Editorial. **Journal of Medical Ethics: Medical Humanities**, London, v. 26, p. 65, 2000a. MH Online. Disponível em: <<http://mh.bmj.com>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Medical humanities. Editorial. **Journal of Medical Ethics: Medical Humanities**, London, v. 26, p. 1-2, 2000b. MH Online. Disponível em: <<http://mh.bmj.com>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

GRISARD, N. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, p. 97-114, 2002.

GULL, S. E. Embedding the humanities into medical education. **Medical Education**, Oxford, v. 39, p. 235-236, 2005.

HALE, C. Recent thinking about end of life issues. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, vol. 20, n.4, p. 605-617, 2006.

HECK, J. N. Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade. **Ethic@**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 123-139, dez. 2005.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar**: o juramento e outros textos. Tradução de Dunia Marino da Silva. São Paulo: Landy, 2002.

HORTA, M. P. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. **Bioética**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 27-33, 1999.

HUWENDIEK, S.; MENNIN, S.; NIKENDEI, C. Medical education after the flexner report. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 356, n. 1, p. 90, Jan. 2007.

HYDE, M. J. Defining "human dignity" in debate over the (im) morality of physician-assisted suicide. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 22, n. 1, 2001.

LES INVASIONS barbáries. Direção de Denys Arcand. Canadá: Europa Filmes, 2003. 1 filme (94 min), son., color. Título em português: As invasões bárbaras. Legenda em português.

**AS INVASÕES bárbaras.** Disponível em:  
<<http://www.adorocinema.com/filmes/invasoes-barbaras/invasoes-barbaras.asp>>.  
Acesso em: 22 ago. 2008.

IRAYDA, J.; AURELIJA, B. The approach of medical students towards studies of the humanities and social sciences. **Medicina**, Kaunas, v. 43, n. 7, 2007.

KIRBY, D. A. Science advisors, representation, and hollywood films. **Molecular Interventions**, Bethesda, v. 3, p. 54-60, 2003.

LAMPERT, J. B. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma Flexneriano deixou de lado. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 18-20, 10 out. 2003.

LAURREL, A. C. La salud enfermedad como proceso social. [A saúde doença como processo social. **Revista Latino-Americana de Saúde**, México, DF, v. 2, p. 7-25, abr. 1982.

LUNARDI, G. M. **Sorting out ethics.** Ética, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 107-110, 2003. Resenha.

MACNAUGHTON, J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. **Medical Humanities**, London, v. 26, p. 23-30, 2000.

MAINETTI, J. A. Medicina posmoderna y renacimiento del humanismo: humanidades médicas, filosofía de la medicina y bioética. **Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 70, n. 1, p. 31-41, 1992.

MCMAHAN, J. **The ethics of killing.** Oxford, Oxford University Press, 2002, p.455-503.

**MAR adentro.** Direção de Alejandro Amenábar. Espanha: [s.n.], 2004. 1 filme (125 min), son., color. Legenda em português.

**MAR adentro.** Disponível em: <<http://www.adorocinema.com.br/filmes/mar-adentro/mar-adentro.asp>>. Acesso em: 22 ago. 2008.

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem, 2004.

MEIRA, A. R.; CUNHA, M. M. S. O ensino da ética em nível de graduação nas faculdades de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-10, 1994.

MENEZES, R. A. Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? **Campos: Revista de Antropologia Social**, Curitiba, v. 3, p. 113-116, 2003.

**MENINA de ouro.** Disponível em: <<http://www.adorocinema.com.br/filmes/menina-de-ouro/menina-de-ouro.asp>>. Acesso em: 22 ago. 2008.

MILLER, F. G.; MEIER, D. E. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 128, p. 559-562, Apr. 1998. Disponível em: <<http://www.annals.org/cgi/content/full/128/7/559>>. Acesso em: 26 jul. 2007.

MILLION dollar baby. Direção de Clint Eastwood. EUA: Europa Filmes, 2005. 1 filme (133 min), son., color. Título em português: **Menina de Ouro**. Legenda em português.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D. R. O ensino da ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 114-124, 2003.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

OLIVEIRA, A. M. **CADASIL:** a new differential diagnosis for vascular. Disponível em: <<http://www.medstudents.com.br/patoclin/artigos/cadasil/cadasile.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2008a.

OLIVEIRA, A. M. **Cinema e nazismo:** apontamentos sobre uma parceria nefasta. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/oliveira-adriano-cinema-nazismo.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2008b.

OLIVEIRA, B. J. Cinema e imaginário científico. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 133-150, out. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. Basic documents. Genebra, 1946. Disponível em: <whqlibdoc.who.int>. Acesso em: 11 jul. 2008.

PALMER, M. **Problemas Morais em Medicina**: curso prático. Tradução Bárbara Theoto Lambert. São Paulo:Edições Loyola, 2002.

PARKER, M. End games: euthanasia under interminable scrutiny. **Bioethics**, vol. 19 (5-6), p.523-536.

PEGORARO, O. A. **Ética e bioética**: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes, 2002.

PELLEGRINO, E. D. **Humanism and the physician**. Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

PERAKIS, C. R. A humanities orientation to physical diagnosis. **Medical Education**, Oxford, v. 37, p. 1025-1049, 2003.

PESSINI, L. **Por quê abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 440-448, 1996.

PETERSEN, A. Governmentality, critical scholarship, and the medical humanities. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 24, n. 3/4, Winter 2003.

PETERSEN, A.; BLEAKLEY, A.; BRÖMER, R.; MARSHALL, R. The medical humanities today: humane health care or tool of governance. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 29, p. 1-4, Springer, 2008.

PICKERING, N. The use of poetry in health care ethics education. **Journal of Medical Ethics: Medical Humanities**, London, v. 26, p. 31-36, 2000. MH Online. Disponível em: <mh.bmj.com>. Acesso em: 11 jul. 2008.

PRADO, C. G. Foucauldian ethics and elective death. **Journal of medical humanities**, vol. 24, n. (3-4), p. 203-211, 2003.

REGO, S. A formação ética dos médicos. São Paulo: Fiocruz, 2003

RIOS, I. C., et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.

SÁ, G. **Comentários**. Disponível em: <<http://gonn1000.blogspot.com>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SAMPEDRO, R. **Cartas do inferno**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2005.

SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. **Bioética**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.

SCLIAR, M. Literatura e medicina: o território partilhado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 245-248, 2000.

\_\_\_\_\_. **A paixão transformada: história da medicina na literatura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jul. 2008.

SELF, D. J.; BALDWIN JR., D. C. Teaching medical humanities through film discussions. **Journal of Medical Humanities**, London, v. 11, n. 1, p. 23-37, 2005.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para promoção da saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, n. 2, p. 3-5, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

SILVA, J. T. N. et al. Medida da sensibilidade ética em estudantes da medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, maio/ago. 2005.

SINGER, P. **A ética prática**. 3. ed. São Paulo: M. Fontes, 2002.

SIQUEIRA, J. E. O ensino de Bioética no curso médico. **Bioética**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, 2003.

SIQUEIRA, J. E.; SAKAI, M. H.; EISELE, R. L. O ensino da ética no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, 2002.



SIQUEIRA-BATISTA, R. Eutanásia e compaixão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, DF, v. 50, n. 4, p. 334-340, 2004.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SHRAMM, F. R. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./fev. 2005.

SOUZA E AZEVÊDO, E. E. Ensino da bioética: um desafio transdisciplinar. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 2, p. 127-138, 1998.

STEMPSEY, W. E. Medical humanities: introduction to the theme. **Medicine, Health, Care and Philosophy**, Netherlands, v. 10, p. 359-361, Springer, 2007.

\_\_\_\_\_. **O ensino da medicina através das humanidades médicas**: análise do filme *And the band played on* e seu uso em atividades de ensino/ aprendizagem em educação médica. 2005. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 312-325, jan./abr. 1999.

TENGLAND, PER-ANDERS. The goals o health work: Quality of life, health and welfare. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 9, p. 155-167, 2006.

TRINDADE, E. M. V., et al. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 48-50, 2005.

VARGA, A. **Problemas de bioética**. São Leopoldo: Unisinos, 2005.

VIEIRA, J. E., et al. Identificação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 96-103, 2003.

WACHTLER, C.; LUNDIN, S.; TROEIN, M. Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program. **BMC Medical Education**, London, v. 6, p. 16, 2006.

WALTON, M. M.; ELLIOT, S. L. Improving safety and quality: how can education help? **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 184, n. 10, p. S60-S64, 2006.

ZALEWSKI, Z. What philosophy should be taught to the future medical professionals? **Medicine, Health, Care and Philosophy**, Netherlands, v. 3, p. 161-167, Springer, 2000.

## APÊNDICE A – Listagem das representações artísticas da morte e do morrer no cinema

21 Grams (21 Gramas, EUA, 2003)  
 American Beauty (Beleza Americana, EUA, 1999)  
 Anatomy (Anatomie) (Anatomia, Alemanha, 2000)  
 Antonia's Line (A Excêntrica Família de Antônia, Holanda, 1995)  
 Arrowsmith (Médico e Amante, EUA, 1931)  
 Article 99 (Hospital de Heróis, EUA, 1992)  
 Artificial Intelligence: AI (Inteligência Artificial, EUA, 2001)  
 The Barbarian Invasions (As Invasões Bárbaras, França e Canadá, 2003)  
 The Belly of an Architect (A Barriga do Arquiteto, Inglaterra e Itália, 1987)  
 Bethune: The Making of a Hero (A Revolução de um Herói, EUA, 1993)  
 Bringing out the Dead (Vivendo no Limite, EUA, 1999)  
 Common Threads (Caminhos Cruzados, EUA, 1989)  
 Complaints of a Dutiful Daughter (sem título em Português, EUA, 1995)  
 Dark Victory (Vitória Amarga, EUA, 1939)  
 Death in the Seine (Morte no Sena, França e Holanda, 1988)  
 Death on Request (sem título em Português, Holanda, 1994)  
 Doctour Laennec (sem título em Português, França, 1993)  
 Doctour Petiot (sem título em Português, França, 1990)  
 The Doctor (Um Golpe do Destino, EUA, 1991)  
 Dust to Dust (Por la libre) – (sem título em Português, México, 2000)  
 An Early Frost – Aconteceu Comigo, EUA, 1985  
 God Said, Ha! – (sem título em Português, EUA, 1999)  
 Grave Words: Tools for Discussing End of Life Choices (EUA, 1996)  
 The Green Mile (A Espera de um Milagre, EUA, 1999)  
 Holding Our Own: Embracing the End of Life (EUA, 2007)  
 The Horseman on the Roof (Le Hussard Sur le Toit) (O Cavaleiro do Telhado e a Dama das Sombras, França, 1995)  
 The House of God (sem título em Português, EUA, 1984)  
 Ikiru – (Viver, Japão, 1952)  
 Infection (Kansen) (Infeccao, Japão, 2004)  
 Iris (Iris, Inglaterra, 2001)  
 Jesus of Montreal (Jesus de Montreal, Canadá, 1989)  
 Kandahar-Journey into the Heart of Afghanistan (A Caminho de Kandahar, Irã, 2001)  
 The Kingdom (O Reino, EUA, 2007)  
 Longtime Companion (Meu Querido Companheiro, EUA, 1990)  
 Marvin's Room (As Filhas de Marvin, EUA, 1996)  
 Memento (Amnésia, EUA, 2001)  
 Million Dollar Baby (Menina de Ouro, EUA, 2004)  
 Mortal Coil: Voices from the Hospice (sem título em Português, EUA, 1997)  
 Mother and Son (sem título em Portugues, Rússia, 1997)  
 The Motorcycle Diaries (Diários de Motocicleta, EUA, Europa e América do Sul, 2004)  
 Mrs. Dalloway (A Última Festa, Inglaterra, 1997)  
 Mrs. Tucker, Her Daughter Emily and Dr. Duff (EUA, data desconhecida)  
 My Life as a Dog [Mitt liv som hund] (Minha Vida de Cachorro, Suécia, 1985)

My Life Without Me (Minha Vida sem Mim, Canadá e Espanha, 2003)  
 Opera Therapy (sem título em Português, Austrália, 2005)  
 Out of the Ashes (sem título em Português, EUA, 2004)  
 Outbreak (Epidemia, EUA, 1995)  
 Philadelphia (Filadélfia, EUA, 1993)  
 The Plague (A peste de Camus, EUA e França, 1991)  
 Please Let Me Die (sem título em Português, EUA, 1974)  
 Regeneration (sem título em Português, Escócia, Canadá e Inglaterra, 1997)  
 Robert Coles, Teacher (sem título em Português, EUA, 1991)  
 The Savages (A Família Savage, EUA, 2007)  
 The Sea Inside (Mar Adentro) (Mar Adentro, Espanha, 2004)  
 Shadowlands (Terra das Sombras, Inglaterra, 1993)  
 She's Finally Free: Living with the Tragic Loss of Nancy Cruzan (EUA, 1993)  
 Singing Myself a Lullaby (sem título em Português, EUA, 2000)  
 Soft Fruit (sem título em Português, Austrália, 1993)  
 Something the Lord Made (Quase Deuses, EUA, 2005)  
 Son of the Bride (O Filho da Noiva, Argentina, 2001)  
 The Son's Room (O Quarto do Filho, Itália e França, 2001)  
 Still Life: The Humanity of Anatomy (sem título em Português, EUA, 2001)  
 Strangers in Good Company (Na Companhia de Estranhos, Canadá, 1990)  
 The Sweet Hereafter (O Doce Amanhã, Canadá, 1997)  
 Sylvia (Paixão Além de Palavras, Inglaterra, 2003)  
 Sympathy for Mr. Vengeance (Boksuneun naui geot) (Mr. Vingança, Coreia do Sul, 2002)  
 The Syringa Tree (sem título em Português, Inglaterra, 2002)  
 Terms of Endearment (Laços de Ternura, EUA, 1983)  
 Theory of Flight (Livre Para Voar, Inglaterra, 1998)  
 To Dance with the White Dog (O Amor é Para Sempre, EUA, 1993)  
 Twin Falls Idaho (Amor em Dobro, 1999)  
 The Undertaking (sem título em Português, EUA, 2007)  
 The Vanishing Line (O Silêncio do Lago, EUA, 1993)  
 Whose Life Is It Anyway? (De Quem é a Vida Afinal? EUA, 1981)  
 Wilbur (Wants to Kill Himself) (Meu Irmão Quer se Matar, Dinamarca. Suécia, França e Reino Unido, 2002)  
 Wild Strawberries (Ecos do Além, Suécia, 1957)  
 A Woman's Tale (sem título em Português, Austrália)  
 Y Tu Mamá También (And your mother too) (E Sua Mãe Também, México, 2001)  
 Yesterday (Yesterday, África do Sul, 2004)

Fonte: Aull ... (2007)

## ANEXO A

### RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

#### CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(\*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001, **RESOLVE:**

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

**Art. 2º** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

**Art. 3º** O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

**Art. 4º** A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde** : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir

competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Art. 5º** A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

**Art. 7º** A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

**Art. 8º** O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

**Art. 9º** O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

**§ 2º** O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

**Art. 11.** A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

**Art. 12.** A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

**Art. 13.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

**§ 1º** As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

**§ 2º** O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

**Art. 14.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo  
Presidente da Câmara de Educação Superior

**ANEXO B****Ficha Técnica do filme *Mar Adentro***

Título Original: Mar Adentro

Gênero: Drama

Tempo de Duração: 125 minutos

Ano de Lançamento (Espanha): 2004

Site Oficial: [www.theseinside.com](http://www.theseinside.com)

Estúdio: Canal+ / Sogepaq / UGC Images / Eurimages / Eyescreen S.r.l. /

Filmanova/Himenóptero / Lucky Red / SOGECINE / TVE

Distribuição: 20th Century Fox / Fine Line Features

Direção: Alejandro Amenábar

Roteiro: Alejandro Amenábar e Mateo Gil

Produção: Alejandro Amenábar e Fernando Bovaira

Música: Alejandro Amenábar

Fotografia: Javier Aguirresarobe

Desenho de Produção: Benjamín Fernández

Direção de Arte: Benjamín Fernández

Figurino: Sonia Grande

Edição: Alejandro Amenábar

**Elenco**

Javier Bardem (Ramón Sampedro)

Belén Rueda (Julia)

Lola Dueñas (Rosa)

Mabel Rivera (Manuela)

Celso Bugallo (José)

Clara Segura (Gené)

Joan Dalmáu (Joaquín)

Alberto Jiménez (Germán)

Tamar Novas (Javi)



Francesc Garrido (Marc)  
José Maria Pou (Padre Francisco)  
Alberto Amarilla (Hermano Andrés)  
Nicolás Fernández Luna (Christian)  
Andrea Occhipinti (Santiago)  
Xosé Manuel Oliveira (Juez)

### **Premiações**

- Ganhou o Oscar de Melhor Filme Estrangeiro, além de ter sido indicado na categoria de Melhor Maquiagem.
- Ganhou o Globo de Ouro de Melhor Filme Estrangeiro, além de ter sido indicado na categoria de Melhor Ator - Drama (Javier Bardem).
- Ganhou 2 prêmios no European Film Awards, nas categorias de Melhor Diretor e Melhor Ator (Javier Bardem). Foi ainda indicado nas categorias de Melhor Filme, Melhor Roteiro e Melhor Fotografia.
- Ganhou 14 prêmios no Goya, nas seguintes categorias: Melhor Filme, Melhor Diretor, Melhor Ator (Javier Bardem), Melhor Atriz (Lola Dueñas), Melhor Ator Coadjuvante (Celso Bugallo), Melhor Atriz Coadjuvante (Mabel Rivera), Melhor Maquiagem, Melhor Fotografia, Melhor Trilha Sonora, Melhor Direção de Arte, Melhor Roteiro Original, Melhor Som, Melhor Revelação Masculina (Tamar Novas) e Melhor Revelação Feminina (Belén Rueda). Foi ainda indicado na categoria de Melhor Desenho de Produção.
- Ganhou o Independent Spirit Awards de Melhor Filme Estrangeiro.
- Ganhou o Grande Prêmio do Júri e o Volpi Cup de Melhor Ator (Javier Bardem), no Festival de Veneza.

Fonte: Mar ... (2008).

## ANEXO C

### Ficha Técnica do filme *Menina de Ouro*

Título Original: Million Dollar Baby

Gênero: Drama

Tempo de Duração: 137 minutos

Ano de Lançamento (EUA): 2004

Site Oficial: <http://milliondollarbabymovie.warnerbros.com>

Estúdio: Malpaso Productions/Lakeshore Entertainment/Albert S. RuddyProductions

Distribuição: Warner Bros./Europa Filmes

Direção: Clint Eastwood

Roteiro: Paul Haggins, baseado em histórias de F.X. Toole

Produção: Clint Eastwood, Paul Haggis, Tom Rosenberg e Albert S. Ruddy

Música: Clint Eastwood

Fotografia: Tom Stern

Desenho de Produção: Henry Bumstead

Direção de Arte: Jack G. Taylor Jr. e Jack Taylor

Figurino: Deborah Hopper

Edição: Joel Cox

#### **Elenco**

Clint Eastwood (Frankie Dunn)

Hilary Swank (Maggie Fitzgerald)

Morgan Freeman (Eddie Scrap-Iron Dupris)

Jay Baruchel (Danger Barch)

Mike Colter (Big Willie Little)

Lucia Rijker (Billie "Urso Azul")

Brian F. O'Byrne (Padre Horvak)

Anthony Mackie (Shawrelle Berry)

Margo Martindale (Earline Fitzgerald)

Riki Lindhome (Mardell Fitzgerald)

Michael Pena (Omar)

Benito Martinez (Empresário de Billie)

Bruce MacVittie (Mickey Mack)

Marcus Chait (J.D. Fitzgerald)

### **Premiações**

- Ganhou 4 Oscars, nas seguintes categorias: Melhor Filme, Melhor Diretor, Melhor Atriz (Hilary Swank) e Melhor Ator Coadjuvante (Morgan Freeman).  
Recebeu outras 3 indicações, nas categorias de Melhor Ator (Clint Eastwood), Melhor Edição e Melhor Roteiro Adaptado.
- Ganhou 2 Globos de Ouro, nas categorias de Melhor Diretor e Melhor Atriz - Drama (Hilary Swank). Recebeu ainda outras 3 indicações, nas seguintes categorias: Melhor Filme - Drama, Melhor Ator Coadjuvante (Morgan Freeman) e Melhor Trilha Sonora.
- Recebeu uma indicação ao César de Melhor Filme Estrangeiro.
- Recebeu uma indicação ao Grande Prêmio Cinema Brasil de Melhor Filme Estrangeiro.
- Recebeu uma indicação ao MTV Movie Awards de Melhor Atriz (Hilary Swank).

Fonte: Menina... (2008).

**ANEXO D****Ficha Técnica do filme As Invasões Bárbaras**

Título Original: Les Invasions Barbares

Gênero: Drama

Tempo de Duração: 99 minutos

Ano de Lançamento (Canadá): 2003

Estúdio: Astral Films / Centre National de la Cinématographie / Cinémaginaire Inc./Le Studio Canal+/Harold Greenbury Fund / Productions Barbares Inc./Pyramid Productions/Société Radio-Canada/Téléfilm Canada/ Société de Développement des Entreprises Culturelles

Distribuição: Miramax Films / Art Films

Direção: Denys Arcand

Roteiro: Denys Arcand

Produção: Daniel Louis e Denise Robert

Música: Pierre Aviat

Fotografia: Guy Dufaux

Desenho de Produção: François Séguin

Direção de Arte: Caroline Alder

Figurino: Denis Sperdouklis

Edição: Isabelle Dedieu

**Elenco**

Rémy Girard (Rémy)

Stéphane Rousseau (Sébastien)

Dorothée Berryman (Louise)

Louise Portal (Diane)

Dominique Michel (Dominique)

Yves Jacques (Claude)

Pierre Curzi (Pierre)

Marie-Josée Croze (Nathalie)

Marina Hands (Gaëlle)  
Toni Cecchinato (Alessandro)  
Mitsou Gélinas (Ghislaine)  
Johanne-Marie Tremblay (Irmã Constance)  
Denis Bouchard (Duhamel)  
Micheline Lanctôt (Enfermeira Carole)  
Markita Boies (Enfermeira Suzanne)  
Izabelle Blais (Sylvaine)  
Denys Arcand

### **Premiações**

- Ganhou o Oscar de Melhor Filme Estrangeiro, além de ter sido indicado na categoria de Melhor Roteiro Original.
- Recebeu uma indicação ao Globo de Ouro de Melhor Filme Estrangeiro.
- Recebeu 2 indicações ao BAFTA, nas seguintes categorias: Melhor Filme Estrangeiro e Melhor Roteiro Original.
- Recebeu 4 indicações ao Cesar, nas seguintes categorias: Melhor Filme, Melhor Diretor, Melhor Roteiro e Melhor Revelação Feminina (Marie-Josée Croze).
- Ganhou os prêmios de Melhor Atriz (Marie-Josée Croze) e Melhor Roteiro, no Festival de Cannes.
- Ganhou o prêmio de Melhor Filme Estrangeiro, no European Film Awards.
- Ganhou o Grande Prêmio Cinema Brasil de Melhor Filme Estrangeiro.

Fonte: Invasões... (2008).

## ANEXO E

### Testamento e Poema Final de Ramón Sampedro Caméan

“Caros juízes, autoridades políticas e religiosas, o que é para vós a dignidade? Seja qual for a resposta das vossas consciências, sabeis que, para mim, isto não é viver dignamente. Eu queria, ao menos, morrer dignamente. Hoje, cansado da preguiça institucional, vejo-me obrigado a fazê-lo às escondidas, como um criminoso.

Sabeis que o processo que conduzirá à minha morte foi cuidadosamente dividido em pequenas ações, que não constituem um delito em si mesmas, e que foram executadas por diferentes mãos amigas. Apesar disso, se o Estado insistir em punir meus ajudadores, eu aconselho que lhes sejam cortadas as mãos, porque foi esta a sua única contribuição. A cabeça, quer dizer, a consciência, foi provida por mim.

Como podem ver, ao meu lado tenho um copo de água contendo uma dose de cianido de potássio. Quando a beber, deixarei de existir, renunciando ao meu bem mais precioso: o meu corpo. Considero que viver é um direito, não uma obrigação, como foi no meu caso, forçado a suportar esta penosa situação durante 28 anos, quatro meses e alguns dias.

Passado este tempo, faço um balanço do caminho percorrido e não me dei conta de ter havido felicidade. Só o tempo, que passou contra a minha vontade durante a maior parte da minha vida, será, a partir de agora, meu aliado. Só o tempo e a evolução das consciências decidirão, algum dia, se o meu pedido era razoável ou não”.

(Ramón Sampedro Caméan)

Mar adentro, mar adentro  
E na leveza do fundo,  
Onde os sonhos se cumprem,  
Juntam-se duas vontades,  
Para realizar um desejo,

Um beijo ascende à vida como um relâmpago e um trovão  
E numa metamorfose  
Meu corpo já não é meu corpo,  
É como penetrar ao centro do universo.  
O abraço mais pueril,  
E o mais puro dos beijos  
Até nos vermos reduzidos num único desejo.  
Teu olhar e meu olhar,  
Como um eco repetindo sem palavras,  
Mais adentro, mais adentro,  
Até mais além de tudo pelo sangue e pelos ossos.  
Mas me desperto sempre,  
E sempre quero estar morto,  
Para seguir com minha boca,  
Enroscada em teus cabelos.  
(Ramón S. Cameán)

Fonte: Sampedro (2008).