



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA:
Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto.**

**Área: História, Sociedade e Pensamento educacional
Linha: Educação, Conhecimento e Cultura**

**Orientador
Fabio Zoboli**

**São Cristóvão
2022**

CARLEANE SOARES DA SILVA

EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA:
Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Educação.

São Cristóvão
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



CARLEANE SOARES DA SILVA

**“EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA:
Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto”.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe e aprovada pela Banca Examinadora.

Aprovada em 10.02.2022

Prof. Dr. Fabio Zoboli (Orientador)
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof.ª Dr.ª Dinamara Garcia Feldens
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof. Dr. George Saliba Manske
Universidade do Vale do Itajai / UNIVALI

SÃO CRISTÓVÃO (SE)
2022

AGRADECIMENTOS

Era filha de gente forte que atravessou um oceano, que foi separada de sua terra, que deixou para trás sonhos e forjou no desterro uma vida nova e iluminada. Gente que atravessou tudo suportando a crueldade que lhes foi imposta (Itamar Vieira Junior – Torto Arado, 2018, p. 254).

Inicialmente, dirijo meus agradecimentos a mim mesma. Por essa razão, já peço ao leitor compreensão para que isso não seja entendido como um ato de soberba ou mesmo de arrogância da minha parte. Sendo assim, agradeço a mim, por em nenhum momento da minha tardia trajetória educacional ter desistido dos meus sonhos. Como uma boa sagitariana, sempre carreguei em mim a necessidade de não está confortável diante das situações impostas pela vida. Como muitos dos brasileiros, nasci economicamente desfavorecida; filha de pai negro e mãe indígena, ambos analfabetos; desde cedo soube o quanto a realidade dura e crua era feroz, pois nos roubava a infância e levava junto a nossa vontade de viver. Aos sete anos, eu e meus irmãos já éramos criados apenas por nossa mãe. Na época, morávamos numa fazenda na zona rural do sertão sergipano e, todos os dias, às cinco da manhã, levantávamo-nos para “catar” esterco. Para quem não sabe, o esterco é a merda do boi. Ora, eu poderia usar aqui o termo “cocô”, soaria menos agressivo, talvez, mas porquê? Se a vida durante esse período se resumia ao excremento que o boi “cagava”! Aos oito anos, eu nunca tinha estado numa escola, numa sala de aula. Porém, por falta de comida em casa, minha mãe resolveu me matricular no turno da tarde. Lembro que eu e meu irmão mais velho íamos à escola basicamente para merendar. Quando a aula acabava, retornávamos à cantina e pedíamos o resto da merenda que havia sobrado para levar para o jantar. Eu não sabia ler ou escrever, também não me sentia bem na sala de aula porque tinha o corpo “coberto” de feridas e os meus colegas de turma não deixavam isso “barato”. No primeiro ano, estar ali não fazia sentido algum para mim, a não ser por conta da merenda. Com o passar do tempo, eu me vi gostando de estar na escola. Como não tinha tempo de estudar em casa, aproveitava ao máximo o horário das aulas. Assim que conclui o ensino fundamental, precisei ir para o turno da noite, pois apesar de não está trabalhando mais com os estercos, trabalhava fazendo faxina durante o dia. Só tinha ensino médio na cidade vizinha, por isso, tinha que sair de casa às 17:00 para pegar o transporte e retornava sempre às 23:30. No outro dia, às 7:00 lá estava eu de joelhos com o escovão nas mãos esfregando o chão da calçada da patroa.

O ingresso no ensino médio despertou um entusiasmo maior para dar continuidade aos estudos. Lembro que eu tinha uma dificuldade absurda de escrita, leitura e interpretação. Observando isso meu professor de literatura me estimulou bastante a ler livros. Ele me emprestava alguns e ao longo do percurso para casa eu aproveitava para fazer as minhas leituras. Na época, incentivada por ele e por outros professores, resolvi fazer a inscrição no vestibular seriado, era uma espécie de vestibular anual. A gente fazia a prova todos os anos e ia contabilizando pontos. Ao final do terceiro ano do ensino médio, eu sabia o que queria fazer. Sempre fui inquieta sobre algumas questões ligadas à vida, à morte, ao corpo. Creio que isso seja fruto de minha ancestralidade e por ter consciência de onde eu venho de fato... assim, quando eu tive contato com a disciplina de Filosofia, no segundo ano do ensino médio, eu me apaixonei; recordo bem, que mesmo com certa limitação do

professor com relação ao domínio das teorias, ele sempre nos dizia: “É preciso questionar e não se acomodar diante das situações”. De fato, a Filosofia não é para preguiçosos, assim como a vida não é para os fracos. “Pensar, viver exige coragem! ”. Meu professor tinha razão. Consegui ingressar no curso de Filosofia da Universidade Federal de Sergipe em 2006. Na minha família, nada se comemorava, dado que eles não compreendiam a importância daquilo. Durante os dois primeiros anos de curso eu ia e voltava todos os dias, viajava cerca de 180 quilômetros por dia. Durante o tempo de viagem eu estudava, pois continuava a trabalhar durante o dia. Nessa época trabalhei de babá. A minha patroa me apoiava muito, era sempre compreensiva e, de certa forma, me estimulava contando a realidade para mim. Ela dizia sempre: “Carle, filha de pobre só cresce de três formas na vida: Ou você rouba, ou se prostitui ou você estuda. Você escolhe! A última dá trabalho, mas vale a pena”. Eu ouvia em silêncio ela falar enquanto refletia sobre. No terceiro ano de curso, eu consegui uma bolsa pelo PIBID, na época eu havia me inscrito no programa de residência estudantil e havia também conseguido um local para ficar aqui em Aracaju. Não conhecia absolutamente nada nem ninguém. Minha vida se resumia a ir à Universidade pela manhã, onde passava o dia inteiro, aproveitava para comer e retornava para a “república” apenas para dormir à noite. Foram tempos muito difíceis. Depois da conclusão da graduação, as coisas foram melhorando, tomando outros rumos, mas continuei perseverando na jornada de formação através da Educação. Ingressei em um outro curso de Graduação, período que conheci meu orientador e resolvi tentar o mestrado. Fabio havia acabado de retornar do pós-doutorado, eu estava muito entusiasmada para desenvolver meus estudos sob orientação dele, porque tinha informação de que a sua linha de pesquisa dialogava bastante com o que eu queria pesquisar na pós-graduação. E assim, fiz.

Hoje, concluo mais uma etapa da minha jornada acadêmica empolgada para continuar uma outra fase, mas encerrando essa com o sentimento de gratidão a mim, ao universo e ao Grande Espírito, que tudo sabe e tudo pode. Sei o quanto sou orgulho para o meu povo.

Sou grata à minha mãe, por ser o meu exemplo de força, coragem e determinação. Mãe, a senhora sabe o que de fato significa ser uma mulher indígena nesse país, pois precisou lidar com a dor de ter que sair do seu lugar de origem por conta de ameaça, massacre e perseguição ainda muito cedo. Mesmo sem saber ler e escrever, aprendeu rápido o quanto era perigoso a gente assumir a nossa identidade, tanto que me lembro bem quando a senhora falava para gente: "Não fique falando na escola que vocês são netos de índio". Na época eu não entendia, hoje eu entendo, mãe. Era por medo de morrer. Hoje compreendo o quanto a senhora e sua família precisaram ser fortes e resistentes para não sucumbirem a esse apagamento. Hoje eu, enquanto mulher indígena, sua filha, sou motivo de orgulho para toda nossa família, pois sou a ÚNICA entre os meus mais de 85 primos a ter conseguido concluir um nível superior e ingressar num mestrado em uma universidade pública. Eu sinto o quanto de orgulho a senhora sente, porque transparece nos seus olhos. Sou imensamente grata por toda a sua luta; e, se eu sou essa MULHER forte hoje "que saiu do nada", como já ouvi muitos dizendo, devo ao exemplo de MULHER que eu tive em casa. Foi com a senhora que eu aprendi sobre a "metodologia do cair", a senhora me ensinou que a gente pode cair, mas a gente precisa cair FORTE para "se levantar" ainda MAIS FORTE! Fato, a "brabeza", sem dúvida, eu herdei da senhora. Sou grata por tudo. Te amo!

Aos meus irmãos: Elaine, Eliziane, Carlos in memoriam. Seguimos juntinhos para sempre!

A Flavinho, obrigada pela paciência e cuidado. Te amo!

Aos meus sobrinhos João, Nathan, Eloisy, Roberta, Kadu e Maria Laura. Amo vocês!

Aos meus cunhados: Alex e Nilson, vocês são especiais.

Aos meus amigos de vida Sônia Regina, Allana, Thaíse, Grace, Valeska, Uriel, Larissa, Guilherme, Juliano, Geneluça e Zilmara, amo vocês!

Ao meu Orientador Fabio Zoboli, me faltam palavras. Sou extremamente grata ao Universo pelo o nosso encontro. "Bateu, só vamos! ".

À Banca Examinadora, nas pessoas da querida Professora Dinamara Feldens e do Professor George Manske, que tanto me inspiram, pela disponibilidade e o auxílio durante todo esse processo de construção do texto. Foi uma honra poder tê-los comigo. Gratidão por cada palavra.

A todos os professores que cruzaram a minha vida acadêmica desde do Ensino Fundamental até a Pós-Graduação, gratidão pela partilha e por serem instrumento de libertação. Para mim, é sobre isso.

A Universidade Federal de Sergipe e ao Programa de Pós-Graduação em Educação, sou extremamente grata por tudo. Sou cria dessa Instituição e sinto tanto orgulho por isso.

Aos participantes da pesquisa, (a galera do Campus de Lagarto: professores, alunos, administração) foi uma honra tê-los nesse processo. Gratidão por toda a disposição e auxílio! Sem vocês essa pesquisa não seria possível. Dedico essa dissertação também ao grupo de pessoas, em especial ao PD6 que faleceu logo após a entrevista. Obrigada pelo esforço e pela partilha. Foi especial!

Ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva, afinal se cheguei até aqui foi também graças aos incentivos que recebi durante o seu governo. Deixo aqui o meu sentimento de gratidão. Obrigada por possibilitar que pessoas como eu, sigam acreditando nos seus sonhos, tornando-se sujeitos ativos na transformação das suas realidades e que continuem buscando por dias melhores para o seu povo e para a sua comunidade. Viva a Universidade pública do Brasil!

Finalizo sendo grata ao universo, à vida.... Porém, sigo indignada com a atual situação política desse país. Portanto, concluo gritando: FORA BOLSONARO, GENOCIDA!

Quebrava todos os brinquedos para ver de que eram feitos, cortou os braços de uma poltrona com uma velha navalha de papai, fez cair a tãagra do salão para ver se ela era oca ou se havia alguma coisa dentro; quando passeava, decapitava as plantas e as flores [...]; cada vez mais sentia-se profundamente enganado. [...] nada daquilo merecia atenção. Era muito mais divertido arrancar as patas de um gafanhoto, porque este vibrava entre os dedos como um pião e, quando lhe apertavam o ventre, saía um creme amarelo (Lucien, personagem de Jean-Paul Sartre – O muro, 2015, p. 70).

É fato que, o saber médico e todo o seu “progresso”, possibilitou o aumento da potência da ação dos corpos e consequentemente da vida, entretanto, este mesmo “saber-poder” parece acabar, por promover de certa forma a cassação da própria vida e a territorialização dos corpos.

"Nosso tempo é especialista em produzir ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida. Isso gera uma intolerância muito grande com relação a quem ainda é capaz de experimentar o prazer de estar vivo, de dançar e de cantar. E está cheio de pequenas constelações de gente espalhada pelo mundo que dança, canta e faz chover. O tipo de humanidade zumbi que estamos sendo convocados a integrar não tolera tanto prazer, tanta fruição de vida. Então, pregam o fim do mundo como uma possibilidade de fazer a gente desistir dos nossos próprios sonhos" (Ailton Krenak – Ideias para adiar o fim do mundo, 2020, p. 26).

DA SILVA, Carleane Soares. EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA: Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto.181f. Dissertação (Mestrado em Educação). – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022.

RESUMO

A princípio, o esforço feito aqui é uma tentativa de entender o poder da ciência na sua relação com a técnica e a tecnologia no controle sobre a vida no sentido de potencializar o corpo enquanto organismo para além de suas capacidades naturais. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar como os alunos do curso de medicina do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, estão sendo preparados durante a sua formação para lidar com temas como a morte e uso da tecnologia para o seu adiamento. Para a coleta de dados, foi realizada uma análise documental e aplicou-se posteriormente as entrevistas de forma presencial e online aos alunos, ex-alunos, professores envolvidos. Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A coleta dos dados trouxe características relevantes sobre a percepção dos participantes da pesquisa com relação a temática. A partir da análise, verificou-se três eixos principais: “A formação”, “a implementação tecnológica” e “a morte nos seus aspectos subjetivos”. Esses eixos de forma geral se encarregaram de dar conta dos objetivos propostos. Com o primeiro eixo, concluímos que as metodologias ativas adotadas pelo Campus formam um aluno autônomo, que estuda continuamente, criativo nas novas propostas de resolução de problemas, sujeito crítico e responsável pelo seu processo de aprendizagem. Com o segundo eixo, percebemos o quanto discutir a utilização da tecnologia para o adiamento da morte gerou reflexões profundas com relação ao modo particular de cada um lidar com o tema, ao tempo que gerou também importantes debates com o campo da bioética, do direito e da religião. Com o terceiro e último eixo, compreendemos que as verdades científicas e religiosas, possuem sua autoridade em advogar sobre os corpos, a vida e a morte dos indivíduos. Enquanto pesquisadores do campo da Educação entendemos que é preciso problematizar os modos como esses discursos são responsáveis pela produção de sentido sobre os corpos, nesse caso, o corpo médico. Destacamos ainda a necessidade de questionar esses discursos produzidos como “verdades” e que legitimam seu lugar de autoridade sobre vida e morte.

Palavras-chave: Educação do Corpo. Técnica. Tecnologia. Medicina. Adiamento da morte.

DA SILVA, Carleane Soares. EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA: Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto.181f. Dissertação (Mestrado em Educação). – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022.

ABSTRACT:

At first, the effort made to this work is an attempt to understand the science power and its relation with the technique and the technology on life control, in the sense of potentiating the body as organism beyond its natural capacity. As such, this research aims mainly to analyze how the Medical School students of Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho are being qualified during their graduation to deal with subjects like death and technology use to postpone it. To collate data a documentary analysis was conducted and later online and present interviews were done with students, former students and involved professors. The data were interpreted on Bardin's content analysis technique. The collation of data brought relevant features about the mentality of research participants in relation to the theme. From this analysis three main centerlines were noticed: "formation", "technological implementation" and "death on its subjective aspects". In general, these centerlines were enough to achieve the research goals. Concerning the first centerline we can conclude that the active methodology adopted by the Campus build an independent student who studies continually, is creative on new ways of problem solution, critical individual and responsible for his/her learning process. About the second centerline we realized how much discussing the use of technology to death postponement has created deep reflections related to the private way to deal with the theme and has created important debates on Bioethics, Law and Religion as well. Concerning the third and last centerline we understand that scientific and religious truth have their authority in arguing on individual's bodies, life and death. As education researchers we understand that it is necessary render problematic on how those discussions are responsible for creating the meaning about bodies, in this case, the medical corps. We highlight the necessity of questioning those messages delivered like "truths" and that legitimize their authority about life and death.

Keywords: Body education. Technique. Technology. Medicine. Death postponement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Vista aérea do hospital de campanha na cidade de Lagarto – SE.....	43
Figura 2 – Vista da entrada do Hospital Universitário de Lagarto – HUL.....	44
Figura 3 – Imagem da cidade de Lagarto via satélite.....	47
Figura 4 – Vista da entrada do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.....	47
Figura 5 – Cerimônia de colação de grau da primeira turma de medicina, UFS – Lagarto.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Aprendizagem baseada em problema

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CsO – Corpo sem órgãos

DCN's – Diretrizes curriculares nacionais

DMEL – Departamento de Medicina de Lagarto

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HRL – Hospital Regional de Lagarto

HUL – Hospital Universitário de Lagarto

HUSE – Hospital de Urgência de Sergipe

IRC – Insuficiência renal crônica

MEC – Ministério da Educação

MED – Medicina

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIGGA – Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

XK – Xukuru-Kariri

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Informações gerais sobre os professores	53
Tabela 2 – Informações gerais sobre os alunos concludentes e alunos dos demais ciclos de medicina – Lagarto	54
Tabela 3 – Informações gerais sobre os alunos formados em medicina – Lagarto	54
Tabela 4 – Informações gerais sobre os alunos iniciantes da turma 2021.1 de medicina – Lagarto	54
Tabela 5 – Informações gerais sobre as pessoas que dependeram ou depende da tecnologia médica	55
Tabela 6 – Categorias e subcategorias de análise	106
Tabela 7 – Perguntas sobre o Campus e o Método de Ensino direcionadas aos professores	110
Tabela 8 – Perguntas sobre o Campus e o Método de Ensino direcionadas aos alunos	112
Tabela 9 – Pergunta relacionada a tecnologia médica	117
Tabela 10 – A importância da tecnologia médica para o adiamento da morte	122
Tabela 11 – Caso direcionado aos professores	124
Tabela 12 – Questões relacionadas ao tema da morte	130
Tabela 13 – Questões direcionadas ao grupo de pessoas	132
Tabela 14 – Questões direcionadas aos alunos, ex-alunos e professores participantes da pesquisa	134

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	21
1.3 OBJETIVOS.....	27
1.3.1 Objetivo geral.....	27
1.3.2 Objetivos específicos.....	28
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
2.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	29
2.2 TIPO DE PESQUISA.....	30
2.3 PRODUÇÃO DE DADOS.....	31
3 CAMPO EMPÍRICO E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	35
3.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O HOSPITAL E A MEDICINA MODERNA.....	35
3.2 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE – HUL.....	42
3.3 O CURSO DE MEDICINA DA UFS – LAGARTO/SE.....	45
3.4 OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	51
4 REFLEXIVIDADE ACERCA DO CORPO.....	58
4.1 O QUE SIGNIFICA EDUCAR O CORPO?.....	58
4.2 DA RELAÇÃO CORPO E CIÊNCIA.....	68
4.3 DA RELAÇÃO CORPO, TÉCNICA E TECNOLOGIA.....	73
4.4 A VIDA MANTIDA PELA TÉCNICA.....	88
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	105
5.1 A FORMAÇÃO.....	106
5.2 A IMPLEMENTAÇÃO TECNOLÓGICA.....	116
5.3 A MORTE NOS SEUS ASPECTOS SUBJETIVOS.....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS.....	144
APÊNDICES.....	155
ANEXOS.....	172

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA

Pretender investigar “corpos” em detrimento de suas práticas significa reduzi-lo ao seu lado natural e físico, é colocar sua biologia à frente do social incorporado, é confundir o natural com o naturalizado (GALAK, 2014). Esta pesquisa de mestrado parte do conceito de técnicas corporais para compreender os usos do corpo frente a manutenção da vida por aparelhos para o adiamento da morte. Por técnicas do corpo, ou “técnicas corporais”, Mauss (2015, p. 385) entende “[...] as maneiras como os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo”.

Nas técnicas do corpo culturalmente transmitidas estão inscritos discursos políticos e sentidos estéticos, assim, educar um corpo é transmitir a ele modos políticos e sentidos estéticos (GALAK, 2017). Os modos de andar, de defecar, de sentar-se à mesa para comer, o uso de determinados espaços da casa para fazer uma ou outra coisa, o fato de sairmos à rua vestidos e o nu fazer parte de nossa intimidade, as práticas de higiene, os modos de lidar com o corpo diante da morte. Estes e outros exemplos são padrões incorporados e naturalizados nos usos políticos do corpo dentro de um determinado contexto cultural.

O esforço feito aqui, é uma tentativa de entender o poder da técnica e da tecnologia sobre a vida no sentido de compreender que estas são o que a espécie humana dispõe no sentido de potencializar o corpo¹ enquanto organismo para além de suas capacidades. Na superação das vulnerabilidades impostas pela sua natureza, o homem buscou e continua buscando potencializar suas capacidades e superar suas precariedades para além dessas condições através do uso da técnica e da tecnologia. Por este motivo é que devemos levar em conta a técnica e a tecnologia para pensar a educação do corpo no que tange a morte – ou adiamento dela. Deste modo, esses conceitos são fundamentais para esta pesquisa e os desenvolveremos com mais centralidade num dos capítulos adiante. Por ora, vale mencionar que a técnica pode ser entendida como o controle ou a transformação da Natureza pelo homem, utilizando conhecimentos pré-científicos. Já a tecnologia

¹ Nesta pesquisa olhamos para o corpo não como algo definitivamente dado pela natureza, mas como produção cultural e histórica. Para além disso, nesta dissertação analisamos e reflexionamos o corpo sob as epistemes que o compreendem a partir da biologização da política, da anatomia política e dos dispositivos biopolíticos que controlam e disciplinam seus usos.

consiste na técnica de base científica, surgida a partir do século XVIII (BUNGE, 1985). Não obstante, optamos por usar ao longo do texto, o termo tecnologia devido a sua abrangência e por compreendê-la enquanto complemento da própria técnica. Neste sentido, afirma Cupani:

Aquilo que denominamos tecnologia se apresenta, pois, como uma realidade polifacetada: não apenas em forma de objetos e conjuntos de objetos, mas também como sistemas, como processos, como modos de proceder, como certa mentalidade.... De modo evidente, tudo ou quase tudo a que nos referimos ao falarmos da tecnologia tem alguma vinculação com o que denominamos técnica (CUPANI, 2016, p. 12-13).

Todavia, o uso da tecnologia aliada as “ciências da vida”, não apenas colocou em pauta as questões relacionadas a própria definição da condição humana, como também, possibilitou uma produção de corpos humanos que superam os seus limites “naturais”. Embora reconheçamos que o corpo humano está biologicamente programado para morrer, nos perguntamos: mas até quando? As “descobertas” científicas com a promessa de prolongar a vida e adiar a morte, geraram um paradoxo nas relações, principalmente a respeito do binômio vida/morte. Nessa perspectiva, pensar sobre a vida ou o adiamento da morte acarreta inúmeras implicações que se refletem tanto no campo social, quanto no campo econômico propriamente se levarmos em consideração a “promoção da vida” via tecnologias médicas, como veremos mais à frente. Assim, é sobre a vida e a morte que se delimitam as ações políticas para a condução e controle dos corpos, da vida. Refletindo a partir do pensamento de Foucault (2013), há um saber que se constitui, e este é responsável por instalar novas relações de poder², traçadas por aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados no cenário da morte. Kruse (2003), ao analisar na sua tese de doutorado como certos saberes sobre o corpo se articulam para compor um saber que vai produzir um tipo específico de cuidado do corpo dentro do ambiente hospitalar, afirma que, “[...] o corpo é então colocado em repouso, conduzido ao quarto, ao leito. (KRUSE, 2003, p. 15). Amparada pela arqueologia do filósofo francês, a autora demonstra como os saberes ligados a visão biomédica produziu e ainda produz o “esfriamento dos corpos” hospitalizados,

² Um tipo de poder bem específico e atual que age sobre os corpos e as almas: O biopoder. Este opera por meio do conhecimento dos sujeitos, garantindo o seu controle com base em cálculos estatísticos, da apropriação de territórios e da disposição de estratégias que potencializam a vida, pulverizam os riscos e favorecem a organização das populações. (FOUCAULT, 2008c)

tornando-os objetos dos quais é possível extrair saberes, “[...] os saberes ensinados às enfermeiras, fazem com que elas “esfriem” os corpos para poder manipulá-los como objetos”³ (KRUSE, 2003, p. 19).

Continuamente, Mary Shelley ao escrever o seu romance de terror gótico, *Frankenstein*, traz à tona toda a tentativa de mostrar o domínio da natureza por via da técnica. O personagem de Victor representa a própria ciência, detentora do conhecimento técnico, perseguidora do domínio da natureza, colocando Victor no lugar de “Deus” – o que supostamente criou a natureza e o maior conhecedor de suas leis.

Coletava ossos dos necrotérios e profanava, com os dedos, os recônditos do corpo humano. Numa câmara solitária, ou antes, numa cela, na parte superior da casa, separada por uma galeria e uma escada de todos os outros aposentos, eu montara o meu laboratório da vida humana. O necrotério e o matadouro eram minhas fontes usuais de suprimento, e não poucas vezes minha própria natureza repugnava esse tipo de atividade. (SHELLEY, 2004, p. 53).

Pela manipulação por meio da tecnologia, o corpo cada vez mais foi sendo alvo de domínio dela. Pela ciência o humano buscou dominá-la, ou seja, solicitou a sua condição de Deus. A novela literária de Shelley gira em torno desse “monstro” gerado pelo Dr. Frankenstein que jamais foi nominado e tornou-se a representação em si mesmo, que leva o nome de seu criador: “o cientista”. Frankenstein é um enredo trágico sobre a criação da vida artificial. Um conto que versa sobre um corpo criado pelo crivo da ciência e pelas astúcias da técnica não poderia ter outro subtítulo senão “o Prometeu moderno”. Mary em seu romance, faz alusão ao mito grego de Prometeu que trata da inveja humana frente aos deuses por estes terem o poder não só de gerar a vida, mas também de interferir sobre ela. Inveja esta aliviada pelo furto do “fogo de Zeus”, fogo que dá ao homem a dádiva da técnica – poder de intervir na natureza. Prometeu e Frankenstein são assim arquétipos de um corpo que é território de experimentação, e no caso do “monstro” narrado por Mary

³ Enquanto professora de enfermagem, Kruse observa a mudança de comportamento das alunas. Ao ingressarem no curso justificam sua escolha alegando que a enfermagem é uma profissão que possibilitaria ajudar outras pessoas. Inclusive, ao iniciarem suas experiências na área hospitalar, são bastantes críticas com relação ao modo como os pacientes são tratados. No entanto, segundo Kruse, com o passar do tempo e durante as práticas, as alunas que antes criticavam, começam a se comportar e a desempenhar os papéis anteriormente contestados por elas mesmas. Em sua tese, Kruse se empenha em responder à seguinte questão: Como os saberes sobre o corpo se articulam para compor um saber que vai produzir “enfermeiras” de um certo tipo?

Shelley, um corpo moderno, um corpo da ciência (ZOBOLI; DANTAS JÚNIOR; SILVEIRA, 2019).

Ora, as ciências que lidam com o corpo avançam a passos largos e é cada vez mais perceptíveis novas tecnologias fundidas a ele nestas duas décadas do início de milênio. Segundo Le Breton (2003a), o corpo está constantemente sendo reconstruído, remodelado, sofrendo intervenções que são, na maioria das vezes, resultados de processos científicos e tecnológicos tais como: a robótica, a engenharia genética, as cirurgias estéticas, os implantes e, notadamente, as ginásticas. Neste sentido, também Silva menciona:

Implantes, transplantes, enxertos, próteses. Seres portadores de órgãos “artificiais”. Seres geneticamente modificados. Anabolizantes, vacinas, psico-fármacos. Estados “artificialmente” induzidos. Sentidos farmacologicamente intensificados: a percepção, a energia, a alegria, a imaginação, a tesão. Superatletas. Supermodelos. Clones. Máquinas de visão melhorada, de reações mais ágeis, de coordenação mais precisa. Soldados e astronautas quase “artificiais”, seres “artificiais” quase humanos. Realidades virtuais. Clonagens que embaralham as distinções entre reprodução natural e reprodução artificial. Bits e bytes que circulam, indistintamente, entre corpos humanos e corpos elétricos, tornando-os igualmente indistintos: corpos humano-elétricos (SILVA, 2009, p.12-13).

A ambição por parte da ciência médica, de tratar todas as doenças e proporcionar “o sonho” da humanidade rumo a eternidade do corpo físico, parece implicar em uma espécie de banalização dos sujeitos e dos seus corpos, tratando estes como produtos. Em um dos casos contados a revista espanhola de investigação e sociologia, Le Breton (1994), aborda o fato do psiquiatra W. Gaylin propor a criação de um lugar onde pessoas em estado de coma crônico ficariam com todas as partes dos seus corpos disponíveis para transplante e para todo e qualquer tipo de experiência médica. Esses corpos ou esses “pacientes” permaneceriam ali por muitos anos, sendo cortados, implantados, testados com todo tipo de doença e remédio, até que finalmente seus órgãos parassem de funcionar. Logo, a pessoa passa a ser apenas uma coisa, um corpo exposto como em um açougue.

Juntando-se a isso, refletir sobre a morte desde tempos remotos, parece representar uma espécie de “enigma” para a existência humana, ou pelo menos nos fazem acreditar que tal proposição seja verdadeira. “[...] quando retrocedemos no

tempo, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 6). Nesta pesquisa, não temos a pretensão de nos aprofundarmos no tema. Também não pretendemos elucidar alguma verdade que possa estar por detrás de certos enunciados. Aqui, compreendemos a morte e suas formas de manifestação enquanto um acontecimento, no sentido que Foucault (2010) atribuiu a essa palavra. Entretanto, apesar do momento “limitante”, no sentido de que demandaria uma análise maior, vale ressaltar a necessidade de um olhar mais atento, capaz de transcender “a cortina de fumaça” que é lançada sobre esse acontecimento. Somente a partir desse “novo olhar”, é que parece ser possível desnaturalizar o pessimismo e o sentimento de abominação que é sempre aludido ao se falar da morte. Para isto, o passo inicial dar-se através da compreensão da experiência⁴ sobre a morte nas mais variadas culturas e sociedades, inclusive colocando em pauta as ideias de “abominável”, “enigma” e “tabu”. Rodrigues (2006) em sua obra “Tabu da Morte”, qualifica a sociedade atual como aquela em que a nossa cultura nega a morte, silencia, tenta esquecê-la e inventa outra morte, que é fruto da oposição vida/morte, culturalmente não integrada. Nesse sentido, diz o autor:

Afinal como afirmar que a morte não pode ser objeto de conversa, como afirmar que existe todo um esforço social para escondê-la, como sustentar que só pode ser descrita com eufemismos, como declarar que a educação de nossas crianças ignora a realidade da morte, como dizer que nossa sociedade quer expulsá-la, se os nossos jornais relatam e dissecam dezenas de mortes diariamente? Como afirmar o tabu da morte, se em nossa cultura ela exerce fascínio, é ambicionada mercadoria jornalística... (RODRIGUES, 2006, p. 200).

O pensamento de José Carlos Rodrigues, nos instiga ainda a questionar a instalação de um modelo único de “lidar” com a morte na nossa sociedade; o que nos leva a visualizar os lugares que os corpos ocupam e como são atravessados pelos discursos políticos, econômicos, por normas e valores. Considerando a importância do debate, deixamos aqui registrado a necessidade de se pensar a

⁴ Utilizamos a palavra experiência nesse texto a partir do pensamento de Jorge Larrosa. Segundo o autor, “o sujeito da experiência seria como um território de passagem, algo como uma superfície sensível, deixa aquilo que acontece afetar de algum modo, produz afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos” (LARROSA, 2002, p. 24)

morte em suas mais variadas nuances, enquanto um acontecimento plural⁵, uma vez que somos levados a “abominá-la” baseando-se numa concepção hegemônica que se constituiu via modelos rígidos de concebê-la. Neste sentido, podemos pensar, por exemplo, a respeito de outras perspectivas sobre a morte dentro das diversas culturas. Na cultura indígena, por exemplo, a morte é encarada como a passagem do corpo do plano físico para o plano espiritual. Para o povo Xukuru-Kariri⁶, a morte é um acontecimento que age sobre o corpo provocando uma perda do contato físico com os demais “parentes”. Ela é compreendida como sendo algo natural, não cabendo ao homem o seu controle, mas ao Grande Espírito (que tudo sabe e tudo pode). Os anciões fazem questão de dizer aos mais novos que: “contra a natureza não se luta”. O entendimento dessa naturalidade da morte, faz com que no dia da passagem de um parente, toda a aldeia realize um ritual específico voltado para este momento. O corpo “morto” é levado para o Oricuri⁷ onde é preparado e trajado com pinturas, rezos e danças direcionadas, antes de ser “guardado” nas terras da Mata da Cafurna. Portanto, falar em morte para o povo indígena XK é falar antes, da “vida em outro plano”, dado que há uma continuidade do contato por via dos rituais. Assim, a garantia da conexão com Twã (encantados), faz com que a morte não seja concebida como um acontecimento que limita e que gera sofrimento para os que ficam. “A morte é como um espelho que reflete a forma como vivemos e nossos arrependimentos. Quando a morte chega, nos ilumina a vida. O sentido da morte é o mesmo que tem a vida. Ela faz parte da nossa natureza” (PAJÉ IERU SILVA, XK).

Doravante, pensar no uso da tecnologia e especificamente, no uso das tecnologias médicas sobre os corpos atualmente, é entendê-las enquanto um conjunto de protocolos que utilizam meios para alcançar uma certa finalidade: Controle da vida, “adiamento da morte”. Nomear, classificar, escolher, participar, são

⁵ Trazemos aqui também como exemplo dessa pluralidade de nuances a respeito da morte, os Kamikazes: “Quando morrer era uma arma de guerra”. Prática realizada entre todos os pilotos do exército e da marinha japonesa que se empenharam em missões suicidas durante a segunda guerra mundial. Impedidos de vencer por métodos convencionais, recebiam treinamento específico voltados para a realização da ação suicida. O objetivo não era meramente a busca pela vitória, mas a marcha pela morte honrosa. Para maior aprofundamento, ler dissertação de Edelson Gonçalves intitulada de “O dever do sacrifício: Uma reflexão sobre as motivações dos pilotos Kamikaze na segunda guerra mundial. Disponível em:

<https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6316/1/Edelson%20Geraldo%20Goncalves.pdf>

⁶ Comunidade indígena localizada no município de Palmeira dos Índios – AL, a qual eu faço parte e exponho aqui de forma sucinta, a concepção da morte para nós, Xukuru-Kariri.

⁷ Local sagrado onde acontece o ritual religioso e secreto.

verbos que inserem os sujeitos em processo de morrer no jogo da biopolítica⁸, já que, a vida se tornou um objeto de contestação e disputa política (ROSE, 2013).

A partir das contribuições de Foucault (2002b, 2008c), Nikolas Rose (2013), se empenha em analisar as “novas nuances” da biopolítica nos modos atuais, apontando algumas diferenças com relação a política da vida dos séculos anteriores⁹. Rose afirma que existe uma forma de vida emergente vinculada a uma “política vital” ou biopolítica contemporânea, capaz de atuar através do poder de manipulação sobre os corpos, permitindo inclusive a produção e extensão de uma vida sem fim. Diz o autor:

[...] uma “mudança de cadência”, um crescimento qualitativo em nossas capacidades de manipular nossa vitalidade, nosso desenvolvimento, nosso metabolismo, nossos órgãos e nossos cérebros. Essa mudança de cadência envolve uma alteração em escala. Os conhecimentos biomédicos e as técnicas que se estão desenvolvendo atualmente têm muitas diferenças, mas deveras têm algo em comum. Atualmente, no nível molecular é que a vida humana é compreendida, no nível molecular é que seus processos podem ser anatomizados, e no nível molecular é que a vida agora pode ser manipulada (ROSE, 2013, p.17).

Vale ressaltar que a incorporação da tecnologia ou biotecnologia médica ao corpo, tornou possível ao homem interferir inclusive a nível molecular, como bem salientou Rose. O corpo em simbiose com as biotecnologias, se vê dependente delas, numa relação em que parece não ser a tecnologia que depende do corpo, mas o corpo que depende dela para continuar existindo, dado que os artefatos tecnológicos, são prolongamentos deste corpo já “tecnologizado”. Logo, as novas definições que estão sendo estabelecidas pelas condições proporcionadas pelas tecnologias sobre o corpo, nos fazem refletir sobre a abertura de uma nova possibilidade de condição do corpo humano: Um corpo afetado, em variação, um corpo em devir. Portanto, um dos desafios para a ciência médica contemporânea

⁸ A força que regula populações. Foucault (2002b)

⁹ [...] poder-se-ia dizer que a política de vida dos séculos XVIII e XIX era uma política da saúde – das taxas de nascimento e de morte, de doenças e epidemias, do policiamento a água, de saneamento, gêneros alimentícios, cemitérios e da vitalidade daqueles aglomerados em cidades e metrópoles. Ao longo da primeira metade do século XX, essa preocupação com a saúde da população e sua qualidade foi impregnada por uma compreensão particular da herança de uma constituição biológica e das consequências da reprodução discriminatória de diferentes subpopulações; isso pareceu obrigar os políticos de muitos países a tentar administrar a qualidade da população, muitas vezes coercitivamente e, às vezes, mortíferamente, em nome do futuro da raça. No entanto, a política de vida de nosso século parece bem diferente (ROSE, 2013, p.16).

parece se pautar nas “novas formas de fundamentação que abarcam outras possibilidades de ser humano” (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JÚNIOR, 2019, p. 7).

A partir do que foi exposto, a problemática dessa pesquisa gira em torno da seguinte questão: De que modo a temática do adiamento da morte via tecnologia se articula aos processos de formação acadêmica no âmbito do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe, Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho – Lagarto¹⁰? Além da nossa questão central, desenvolvemos mais alguns questionamentos que irão nortear a nossa pesquisa: Como educar este corpo? Qual o sentido de “ter o poder sobre as mãos” para agir sobre o corpo interferindo nos processos de adiamento da morte?

Portanto, aqui se faz um esforço para demonstrar que a transitoriedade da existência e os limites por ela impostos ao corpo, que “chega ao mundo” grávido da morte por trazer em si o seu aniquilamento, faz com o homem compreenda sua finitude, despertando o desejo pelo seu alto grau de emancipação. Desta forma, como vimos no início do texto, o homem descobre e cria meios que proporcionaram a ele maior preparo para ultrapassar esses limites. Tão logo, no “coração” da “evolução” científica e tecnológica, a medicina respaldada na ciência moderna se dedica a promover a vida do corpo, adiando a sua morte. É a tecnologia médica “pulsante na alma humana” que apresenta a ciência “acordada e eterna, pensando” a respeito da extensão da vida, do corpo. Isto posto, indagamos o uso das tecnologias médicas durante a formação acadêmica e sua repercussão nas mudanças de atitude perante o acontecimento da morte. Não pretendemos esgotar o assunto, apenas tencionar algumas questões que julgamos pertinentes para o momento numa tentativa de articular uma análise do tema na área de Educação com a Medicina, o que poderá indicar perspectivas para uma maior compreensão sobre o enunciado e possibilitar novas reflexões para ambos os campos.

1.2 JUSTIFICATIVA

¹⁰ Lagarto é um município brasileiro localizado no estado de Sergipe, na Região Nordeste do país. Encontra-se na região centro-sul e é uma das maiores cidades do interior do estado, com uma população estimada em 2019 pelo IBGE em 104.408 habitantes. Maiores informações: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/lagarto/panorama>

A princípio, a vontade de trabalhar¹¹ com o tema parte de algumas inquietações, em especial as questões ligadas a ideia de morte, vida corpo, técnica e educação. Enquanto filha e neta de indígenas, compreendo que a forma pela qual se concebe esses temas corriqueiramente se difere do entendimento deles dentro da cultura do meu povo. A forma de encarar a vida e interferir no processo da morte do corpo, por exemplo, é uma questão muito importante e particular. A maneira como as técnicas ligadas ao corpo são transmitidas, também constitui uma outra parte da singularidade, tendo em vista que o corpo é ele próprio instrumento do saber, pois o conhecimento sobre ele, ocorre a partir dele mesmo. Foi o entendimento da existência de uma diferença entre o que a “ciência oficial” defende como “verdade” hegemônica que me levou a ingressar no curso de Filosofia da Universidade Federal de Sergipe. O incômodo partiu da observação na qual é possível visualizar que toda forma que se difere da já estabelecida deve ser eliminada, suprimida, negada, ou seja, o conhecimento ancestral do meu povo está incluso. Foi, e, é contra toda essa forma de deslegitimação dos saberes ancestrais que me levou dialeticamente a mergulhar no universo do próprio pensamento aniquilador, numa tentativa de extrair dele o necessário para então poder combatê-lo no campo do saber.

Juntando-se a isso, as minhas indagações relacionadas a ideia de corpo me levaram a ingressar no bacharelado em Educação Física após a conclusão da licenciatura em Filosofia. A partir do contato com os escritos de Le Breton, José Bartolo, Umberto Galimberti, Alberto Cupani e com alguns professores do departamento que trabalhavam com a questão da técnica e da tecnologia inserida no corpo a motivação aumentou. Nessa mesma época, já com o intuito de ingressar num mestrado e desenvolver algum tipo de pesquisa envolvendo essa temática, decidi inseri-me numa modalidade esportiva chamada de Fisiculturismo¹² feminino, permanecendo e performando por dois anos na categoria “bikini *fitness*”, a nível estadual e regional (Nordeste). Durante essa passagem pela modalidade, a decisão

¹¹ Neste momento específico do texto, utilizo a 1ª pessoa do singular, dado que os motivos que me levaram a escrever dizem respeito a mim mesma. Após, o texto retorna para a 1ª pessoa do plural, tendo em vista que as reflexões desenvolvidas ao longo deste, foram fruto das orientações e diálogos com o meu orientador.

¹² Fisiculturismo ou culturismo é o uso progressivo de exercícios de treinamento resistido para controlar e desenvolver a musculatura do corpo para fins estéticos. Muitos consideram o fisiculturismo como sendo uma modalidade esportiva. Porém, não se tem um consenso. Todas as categorias das competições de fisiculturismo são definidas pela Internacional Federation of Bodybuilding and Fitness – IFBB. Maiores informações disponíveis em: <https://ifbb.com/>

de fotografar e documentar todo processo de mudança física, desde a construção e manutenção do corpo (através do uso da maquinaria e drogas sintéticas) até a “desconstrução e a volta ao seu estado natural” pareceu algo necessário e oportuno. Inicialmente, foi cogitado desenvolver esse projeto na Antropologia, embora a inclinação pela área da Educação sempre foi maior, pois visualizei nesta, um “terreno fértil” que possibilitaria uma abertura em termos epistemológicos. Sendo assim, as temáticas foram realinhadas para que fosse possível desenvolver essas reflexões dentro do campo da Educação, direcionando a interlocução na questão da educação do corpo e suas interfaces com a tecnologia e o adiamento da morte.

Em termos sociais, há uma importância do estudo na medida em que a morte é um acontecimento que cedo ou tarde todos teremos que lidar. No entanto, questionamos à atitude que se tem adotado para evitar o tema dentro da sociedade atual e a presença de um modelo hegemônico que se encarrega de defini-la. Vários autores se destacaram e se destacam ao darem importância a morte em suas reflexões, como Philippe Ariès, Michel Foucault, Norbert Elias, José Carlos Rodrigues, Kübler-Ross, Magali Boemer, entre outros pensadores que constituíram uma tradição investigativa acerca do assunto. Ariès (2014), investigou o comportamento humano diante da morte ao longo do último milênio nas sociedades ocidentais. A partir de uma perspectiva histórica, sociológica e psicológica. Segundo o autor, a análise histórica revela que a morte deixou de ser um fenômeno social, do qual todos participavam, e tornou-se escondida e camuflada, com a justificativa de proteger a vida. Dessa forma, a morte passou a ser um fenômeno escondido e indesejável, o confrontar-se com ela é cautelosamente evitado. Em seu livro “A morte e o morrer”, Boemer (1998) observa que dentro do ambiente hospitalar, há a conspiração do silêncio. Na concepção da autora, no hospital não se fala em morte e, quando se fala, utilizam-se expressões impróprias.

Fato é, o nascer e o morrer fazem parte do existir humano. Ao menos por enquanto, o corpo é o lugar da morte; o corpo é o lugar onde o tempo faz desgastar – o lugar do velho; o corpo é o lugar do acidental. Quando nos deparamos com a proximidade da morte, seja no nosso corpo ou no corpo de pessoas próximas, começamos a refletir sobre tal realidade. E é nestes momentos que uma infinidade de regimes de verdades começa a interferir nos nossos comportamentos e sentimentos, logo, a morte é também o lugar da política e da estética. Deste modo, é possível pensar em outros registros sobre a morte, como a morte enquanto

acontecimento diário, a morte “reavivada” diariamente por aqueles que vivem o luto e a perda de um ente querido. Traremos como exemplo aqui, uma passagem do livro “Preciso dizer que te amo” de Lucinha Araújo, mãe do cantor e compositor brasileiro Cazuza¹³, onde ela declara:

[...] são dez anos, oito meses e quatro dias em que, com as feridas abertas, vou vivendo. Mas será que eu quero mesmo que elas cicatrizem? Se revivo meu filho dia e noite, na verdade, lá no fundo, não quero que elas cicatrizem. E, enfim, acho que só cicatrizariam se eu o esquecesse e isso não vai acontecer nunca (ARAÚJO, 2001, p. 398).

José Carlos Rodrigues (2006) apresenta um aspecto curioso a respeito da política e da estética relacionadas a morte. Para o autor, o homem procura dar ao cadáver, aparência de vida; banhando-o, barbeando-o, vestindo-o, enfim, dando-lhe uma boa aparência. As flores que são lançadas à sepultura estão também presentes em outros ritos ligados à vida (casamento, aniversário, nascimento etc.). Ele assinala ainda que a mortalha, o caixão, as grades, os monumentos etc. são, ao mesmo tempo, signos de separação e de neutralização da separação. Pensando a partir desse atravessamento político e estético sobre o corpo morto, diz Rodrigues:

É o cadáver que se oculta por detrás da palavra ‘corpo’. Ao longo de uma série de engavetamentos – roupa, mortalha, caixão, caixão exterior, caixão interior, sepultura, monumento funerário etc. – o cadáver é superado e substituído pelo ‘corpo’. Eis a estratégia: vestir o cadáver, envolvê-lo com uma mortalha (ou cobri-lo de flores), fechá-lo em um caixão, depositar este caixão dentro de um outro, este outro em uma sepultura, esta sepultura sob uma lápide ou monumento funerário e, sobretudo isso, escrever: ‘aqui repousa o corpo de... [...]’. No fim desse caminho, todo traço de desaparecimento biológico desaparece. Permanece em seu lugar um corpo, como o corpo de um criogenizado, pronto para despertar, não pertencendo mais à morte, mas aos vivos que o mantém artificialmente em ‘vida’ (RODRIGUES, 2006, p. 174).

Todavia, a morte e o corpo humano morto propõem questões antropológicas profundas sobre as quais as diferentes sociedades e culturas se debruçam. Sistemas mítico-rituais, complexos simbólicos, bem como inúmeras práticas singulares são postos em ação e funcionam como respostas a questão da finitude

¹³ Agenor de Miranda Araújo Neto, nascido no Rio de Janeiro em 4 de abril de 1958 — Falecido em 7 de julho de 1990.

da vida, da manutenção do grupo, da decomposição do cadáver, da fratura social e da comunicabilidade que a morte impõe aos indivíduos e aos grupos. A morte é uma pergunta à vida.

Contudo, quando pensamos no limiar vida/morte de um corpo mantido vivo por artefatos tecnológicos nos deparamos com alguns questionamentos: isso é realmente vida? Até que ponto viver preso a um aparelho é estar vivo? “Quem tem poder sobre a decisão de morrer: o próprio sujeito que beira a morte? Sua família? A equipe médica? Deus? O líder religioso?”. Estaríamos nós pondo ou tentando tensionar um novo jeito de morrer, dando espaço para os sujeitos governarem suas vidas e suas mortes? Em termos políticos e biopolíticos, quem tem o poder de fazer viver e deixar morrer? Ora, essas questões refletem em importantes dilemas éticos e bioéticos e exigem debates mais profundos e questionamentos por parte da sociedade como um todo. Pelo pouco tempo que dispomos nessa pesquisa, optamos por não adentrar por agora neste terreno, deixaremos a discursão suspensa para um momento posterior.

Sem embargo, os acontecimentos que envolvem a morte atravessam o corpo e é possível dizer que esse é o local de inscrição das práticas e intervenções tanto no sentido de deixar as pessoas morrer como em fazê-las viver. Mais do que antes visto, parece haver uma preocupação por parte da esfera governamental com os riscos aos quais a população está exposta e investe-se em estratégias para minimizar esses riscos, potencializando a vida. Foucault (2008b, 2013), nos mostra que essa nova lógica para se pensar a respeito do processo de vida/morte, se estabeleceu a partir do surgimento da estatística, que permitiu análises mais abrangentes sobre a situação da população. Para o filósofo, o foco dessas análises estatísticas esteve assentado sobre as diversas taxas (natalidade, longevidade, mortalidade etc.), mas, também, sobre a forma, a natureza, a extensão e a duração das doenças. Isso porque, salienta Foucault (2013), que as endemias e epidemias causam problemas sociais graves para o sistema capitalista, pois subtraem as forças, diminuem o tempo de trabalho, causam baixa de energia e geram, automaticamente, custos econômicos. Portanto, o “fazer viver – adiamento da morte” está assentado na utilidade da população para o sistema, assim como o “deixar morrer” está vinculado à despreocupação com uma casta dessa população incapacitada de gerar benefícios sociais e econômicos. Nesse ponto, a biopolítica articula-se aos preceitos do neoliberalismo, no sentido de que o “fazer viver” está endereçado à população

economicamente ativa. Porém, é interessante perceber que no meio dessa lógica econômica voltada para a ação de interferir sobre a morte, mesmo aquelas pessoas que já estariam “incapacitadas de produzir”, elas continuam gerando lucros ao sistema; como veremos em um item mais adiante, há um custo para se adiar a morte.

Além disso, o avanço das biotecnologias e da engenharia genética se desdobra em outra questão social ainda maior: qual o futuro da espécie humana dentro desse jogo econômico de poder? As possibilidades se multiplicam, ao mesmo tempo em que parecem serem incertas e incapazes de responder à questão. Desse modo, cabe também perguntar, como os médicos enquanto sujeitos que lidam diretamente com o paciente, estão sendo educados durante a sua formação para lidar com essas questões? Como políticas de estado e crenças pessoais interferem nesse processo?

Para auxiliar na compreensão de algumas dessas questões, parece ser necessário racionalizar a forma como se educam esses profissionais, porque ao longo do tempo, a humanidade permaneceu numa posição “passiva” em relação às prescrições de cuidados, tanto físicos quanto morais, feitos pelos “experts do corpo”, sendo fortemente levada pelos discursos produzidos pela medicina. É sabido que durante muito tempo, os profissionais da saúde tiveram atitudes bastante sedimentadas em uma concepção mecanicista da vida, razão pela qual é possível observar atualmente as inúmeras dificuldades no reconhecimento da realidade complexa e multidimensional do cuidado à saúde. Foi esse pensamento mecanicista que teve suas bases cartesianas, mas que ganhou força e se propagou a partir de 1910, por meio do relatório Flexner¹⁴ que instalou e estruturou o modelo de ensino biomédico.

Posto que a morte é um acontecimento repleto de dilemas éticos e profissionais, dotado de simbologia e sentimentos que necessitam ser trabalhados e discutidos levando em consideração principalmente o bem-estar e a dignidade do paciente, podemos colocar as ciências humanas e sociais para auxiliar o pensar e o refletir sobre os usos sociais dos nossos corpos frente a morte. Talvez seja pela presença da morte que consigamos valorizar a dimensão do corpóreo, da empatia, da solidariedade, do respeito aos antepassados e da própria história humana.

¹⁴ Esse documento é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

Portanto, a relevância social dessa pesquisa encontra-se na própria escolha do objeto de estudo. Como a temática nos instiga a pensar a respeito do poder da tecnologia sobre a vida e a morte, a questão foi pensada com base na necessidade de articular uma análise do tema da área da Saúde (Medicina) com a Educação, tentando fazer com que esse diálogo se popularize.

Juntando-se a isso, muitos são os dilemas que a ciência e a tecnologia impõem aos seres humanos a partir dos avanços vislumbrados de maneira cada vez mais rápida. Por essa razão, faz-se imprescindível estabelecer as responsabilidades do próprio pesquisador frente ao objeto de estudo e ao seu campo empírico. Sendo assim, dada a importância e amplitude da temática, o desenvolvimento e a execução deste trabalho parte do princípio no qual os valores éticos devem ser levados em consideração, ao mesmo tempo que devem ser compartilhados para que se possa gerar uma transformação social. Assim, identificar os desafios emergentes sob o viés da responsabilidade, discutir e sensibilizar as pessoas para que elas percebam que o ser humano é algo mais que um conjunto de células, tecidos, órgãos ou qualquer outra coisa é parte fundamental em qualquer trabalho científico e nesse não seria diferente.

O ingresso no curso de Mestrado em Educação, trouxe a oportunidade de ampliar os horizontes com relação as problemáticas que se estabelecem ao longo da pesquisa, despertado ainda mais o entusiasmo para contribuir com a produção científica dentro da Universidade. Desse modo, parte-se da compreensão de que a pesquisa é uma atividade necessária dentro do âmbito da academia, porque é através dela que o conhecimento produzido no interior da Instituição é difundido e democratizado.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

O corpo encontra-se no centro das reflexões sobre saúde, ciência e tecnologia, seja pela sua recusa e desejo de superação, seja pelo empenho de aprimoramento. No contexto da Educação, essa pesquisa se propõe a analisar como os alunos do curso de medicina do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, estão sendo

preparados durante a sua formação para lidar com temas como a morte e uso da tecnologia para o seu adiamento.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analisar como a ciência, a técnica e a tecnologia possibilitam a potencialização do corpo para além da sua capacidade como organismo;
- Identificar a importância dos dispositivos políticos da medicina a respeito da manutenção da vida em pessoas que já não estariam mais vivas se não estivessem presas as tecnológicas que potencializam as condições de vida de seus corpos;
- Demonstrar como o curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho dissemina discursos políticos e sentidos estéticos que gesta comportamentos nos usos do corpo como instrumento de “Educação do Corpo” frente a morte;
- Compreender a percepção dos alunos e professores, a respeito do poder da tecnologia sobre a vida.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O nosso propósito neste capítulo é apresentar o planejamento realizado para elucidar as nossas questões de pesquisa, mostrando os motivos que nos levaram a optar por certas escolhas e não outras. Partimos do entendimento de que “o método é necessário, por causa de nossa mediocridade. Para sermos mais generosos, diríamos, como não somos gênios, precisamos de parâmetros para caminhar no conhecimento” (Dilthey 1956, *apud* Minayo 2001, p.17). Assim, compreendemos a metodologia como sendo o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior da pesquisa.

Por conseguinte, entendemos que o próprio processo de escrever e pesquisar são atravessadas por nossas escolhas teóricas, políticas e afetivas; desta forma, o que escrevemos e pesquisamos são os vestígios da nossa própria história, que compõem a nossa subjetividade e nos leva a elencar um caminho metodológico que possua afinidade com as nossas escolhas teóricas (LOURO, 2007). Portanto, a escolha metodológica desta pesquisa torna possível o entendimento e a identificação dos meios de investigação utilizados para a construção dos instrumentos de coleta de dados a fim de atingir os objetivos propostos.

2.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Dado o avanço das tecnologias médicas e a ascensão do seu poder demiurgo¹⁵ com relação a interferência sobre os corpos e as vidas dos indivíduos, o esforço feito aqui visa compreender a dimensão da intromissão desta, principalmente quando está em face com a morte. Sabe-se que o conhecimento médico e as instituições ligadas a ele são espaços que atuam simbolicamente na fronteira, se equilibrando na linha divisória entre vida e morte. Nestes espaços a medicina e todo seu aparato tecnológico, assume um lugar de poder, passando a ser responsável pelo adiamento da morte. Assim sendo, numa sociedade cada vez mais marcada pelas diferenças culturais e simbólicas, faz-se necessário levar em

¹⁵ De acordo com o Platão, o demiurgo seria uma espécie de “Deus que ordena a matéria original e dá forma ao universo físico”. Platão. *Timeu-Crítias*. Trad. Rodolfo Lopes. Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos Edição: 1ª. Coimbra, 2011.

consideração estabelecer tensivas onde a problemática estudada no campo empírico consiga dialogar com os conceitos e teorias.

Com relação a natureza dos dados esta pesquisa se propõe de caráter qualitativo, visto que atribuímos à pesquisa qualitativa uma possibilidade de entender como as relações acontecem e como os discursos produzem efeitos de verdade nas falas e enunciados dos sujeitos. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles; pois, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem (VIEIRA e ZOUAIN, 2005). Logo, ao realizar a investigação científica através do método qualitativo à luz do enfoque analítico histórico-cultural, não se investiga em razão de resultados, mas para construir e obter “a compreensão do comportamento a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação, correlacionado como contexto de que fazem parte”. (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 16).

Ademais, a pesquisa qualitativa apresenta características que correspondem às necessidades dessa pesquisa, pois permite compreender as informações obtidas por meio da descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.

2.2 TIPO DE PESQUISA

Nossa pesquisa configura-se como sendo de campo. A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que se realiza coleta de dados junto a pessoas, utilizando recursos de diferentes tipos de pesquisas (FONSECA, 2002). Além de se caracterizar como pesquisa de campo, com relação as fontes de informação ela configura-se como sendo bibliográfica – com utilização de fontes secundárias. A pesquisa bibliográfica é justificada pela busca de subsídios teóricos na revisão da literatura que possam embasar a proposta dessa pesquisa. Segundo Fonseca:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências

teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

2.3 PRODUÇÃO DE DADOS

Para a realização desta pesquisa os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Análise documental e a Entrevista (semiestruturada com questões abertas). O período de coleta de dados foi entre os meses de dezembro de 2020 a setembro de 2021.

Análise documental: Escolhemos esse instrumento de coleta de dados, pois entendemos que ele possibilita a produção e a reelaboração do conhecimento, criando assim formas de compreensão do objeto de estudo. Nessa perspectiva, a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse. (LUDKE e ANDRE, 1986). Desta forma, optamos por analisar o Projeto político pedagógico, as ementas das disciplinas, algumas metodologias ativas utilizadas e a grade curricular do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe no Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, uma vez que julgamos ser importante esta análise para uma compreensão mais ampla a respeito da problemática da pesquisa. Além desses documentos já citados, optamos também por consultar as diretrizes curriculares nacionais (DCN's) para o curso de medicina publicadas em 07 de novembro de 2001 (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4/2001), sendo a mais recente a Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014, formulada pelo Ministério da Educação; e, o Código de Ética Médica – CEM, que constitui um conjunto de regras e que explicitam direitos e deveres de quem exerce a profissão. Este último foi atualizado através da Resolução nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina, o texto entrou em vigor a partir de 30 de abril de 2019. A revisão do CEM foi feita sob o prisma de zelo pelos princípios deontológicos da medicina, sendo um dos mais importantes o absoluto respeito ao ser humano, com a atuação em prol da saúde dos indivíduos e da coletividade, sem discriminações. Apesar disso, ele está sempre em debate, tendo em vista que há predominância de lacunas, principalmente com relação as questões bioéticas.

Entrevista (semiestruturadas com questões abertas): Embora seja constantemente atacada por ser um instrumento “pouco confiável” e excessivamente subjetivo, o que parece ser algo equivocado, uma vez que, assim como outros

instrumentos, a entrevista precisa de um planejamento antes de ser aplicada (DUARTE, 2004). Compreendemos que a entrevista é fundamental, dado que enquanto mecanismo ela favorece a aproximação com o sujeito para recolher de modo discursivo, o que ele pensa sobre um determinado fato. Além disso, a entrevista semiestruturada, nos permite um aprofundamento maior pois conseguimos por via dela um direcionamento mais eficaz para o alcance dos objetivos da pesquisa, deixando também o entrevistado mais à vontade para responder e acrescentar algo novo em relação ao objeto. Em vista disso, acreditamos que a entrevista proporciona uma contribuição consistente, fidedigna e válida para a investigação. Neste sentido:

As entrevistas, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelece no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

Devido a chegada da Covid-19 no Brasil, assim como em outros países do mundo, fez-se necessário que as autoridades tomassem algumas atitudes para evitar a rápida escalada do número de infecções e o colapso dos serviços de saúde. Sendo assim, foi necessária a adoção de medidas rígidas de distanciamento social. Em consequência disso, ampliou-se o processo já emergente das conexões virtuais entre as pessoas, sendo que, para milhares delas, os contatos ocorrem quase exclusivamente por mídias sociais, através de trocas de mensagens, videoconferências e telefonemas, de modo que as distâncias geográficas se fazem menos relevantes para as relações interpessoais. Ora, essas mudanças tiveram implicações para a realização de pesquisas, as quais precisaram se adaptar as novas condições. No atual cenário, entendemos que o momento tem exigido de nós pesquisadores uma postura diferente, mais resiliente, por ser certamente desafiador. Portanto, resolvemos nos dedicar ainda mais nesse período, reavaliando algumas questões de pesquisa, redefinindo outras estratégias para a coleta de dados, o que possibilitou darmos continuidade. De fato, foi e estar sendo desafiador.

Em 2020, quando ainda estávamos começando a desenvolver o projeto e a definir a nossa metodologia, acreditávamos que seria possível aplicar na prática tudo

aquilo que havíamos planejado para 2021; óbvio que não conseguimos. Após a pré-qualificação, estava estabelecido no nosso cronograma que seria o momento ideal para a ida ao campo. Mas qual campo? O campo, ou melhor, o Campus estava fechado, as aulas estavam acontecendo de forma remota, os alunos, os professores, as pessoas estavam passando pelo mesmo processo de ter que lidar com o “novo”. E mesmo com algumas idas à campo, em meio aos prazos e angústias, decidimos adaptar nosso segundo instrumento de coleta: A entrevista.

Sabemos que a entrevista presencial (face a face) é uma das estratégias mais tradicionais de coleta de dados. No entanto, em função das medidas sanitárias de distanciamento social, houve até certo ponto a impossibilidade da realização plena desse instrumento, o que afetou muito a nossa pesquisa, acreditamos que não só a nossa, mas a de muitos pesquisadores das mais diversas áreas e contextos. Portanto, percebendo a necessidade, decidimos ampliar a estratégia de coleta objetivando contemplar esse novo cenário. Assim, fizemos adaptações e utilizamos novos recursos que nos permitiu darmos continuidade a nossa pesquisa, mesmo durante esse período de pandemia.

Apesar do número de casos de Covid-19 terem diminuído consideravelmente e a vacinação ter avançado nos últimos meses, as aulas presenciais no Campus Professor Antônio Garcia Filho, ainda estavam ocorrendo de forma remota. Os alunos e as pessoas, ainda não estavam totalmente vacinados. Muitos dos ex-alunos já exercem a profissão, inclusive atuando na linha de frente na pandemia e os professores, mesmo vacinados ainda se resguardavam com previsão de aula para janeiro de 2022. Diante de algumas tentativas frustradas de contato físico, respeitando à vontade dos participantes envolvidos, decidimos aplicar a entrevista de forma mista. Os participantes da pesquisa foram consultados com antecedência a respeito de como eles queriam que fossem aplicadas as questões. Alguns participantes optaram por responderem via plataformas On-line, como por exemplo, o WhatsApp¹⁶ ou Google Meet¹⁷ e outros preferiram o presencial. Para os que decidiram pelo contato; observando e respeitando as medidas de segurança,

¹⁶ É um aplicativo desenvolvido por Jan Koum e Brian Acton que, juntos, passaram quase 20 anos no Yahoo. O WhatsApp juntou-se ao Facebook em 2014, porém continua operando como um aplicativo independente e com o foco direcionado em construir um serviço de mensagens que seja rápido e que funcione em qualquer lugar do mundo. Para maiores informações acessar: <https://www.whatsapp.com/about>

¹⁷ É um serviço de comunicação por vídeo desenvolvido em 2017 por uma empresa norte-americana multinacional de serviços online e software dos Estados Unidos: O Google. Para maiores informações acessar: <https://apps.google.com/intl/pt-BR/meet/>

marcamos dia, local e horário para irmos até estes sujeitos. As entrevistas foram aplicadas junto aos 22 participantes da pesquisa de forma individual entre os dias 08/09/2021 e 30/09/2021.

Com relação as entrevistas que foram aplicadas de forma remota, estas na maioria das vezes aconteciam através de videoconferência. Os aplicativos de WhatsApp e o Google Meet permitem que possamos fazer chamadas de vídeo e conversar com a pessoa em tempo real, basta que o pesquisador e o participante estejam conectados à internet. Utilizando o recurso de vídeo e som durante o uso dos aplicativos, foi possível conversar e observar o participante enquanto um outro dispositivo gravava o som da fala da pessoa. Como as perguntas eram abertas, a entrevista levava cerca de vinte e cinco a trinta minutos aproximadamente, dependia da disposição dos participantes. Alguns davam respostas mais longas, outros eram mais sucintos. Ver TCLE no apêndice I, na página 156 e as questões das entrevistas a partir da página 159 do apêndice II.

Logo, para a elaboração do caminho metodológico e seleção dos instrumentos de coleta de dados, partimos do pressuposto de que não há método superior ao outro. Sendo assim, pela necessidade exigida pelo momento e pelo próprio trabalho, esta pesquisa se propôs a utilizar como instrumentos de coleta os acima citados; embora distintos, eles se conectam e se complementam, colaborando com as demandas inerentes à natureza da proposta. Como todo e qualquer instrumento está sujeito a limitações, nossa preocupação aqui foi apresentar um percurso inicial, onde tentamos superar essas limitações, flexibilizando quando foi preciso a nossa perspectiva metodológica com o intuito de valorizar todas as possibilidades de concepções que foram surgindo, como vimos ao longo do caminho.

3 CAMPO EMPÍRICO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

3.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O HOSPITAL E A MEDICINA MODERNA

[...] a necessidade de conhecer o morto já devia existir quando havia a preocupação de compreender o vivo (FOUCAULT, 2008a, p. 138).

A princípio, tentaremos realizar aqui um recorte historiográfico objetivando destacar um período específico da história: A modernidade. A ideia não é percorrer cronologicamente a história do Hospital, nem tão pouco da Medicina. Enquanto pesquisadores, temos consciência que a tarefa demandaria tempo, coisa que nos é limitada neste momento. Assim, nos esforçaremos para realizar algumas discussões mais aprofundadas, principalmente a respeito da Medicina, mais adiante.

Como pesquisadores do campo da Educação, esse período é pertinente para esta pesquisa, visto que:

[...] podemos pensar numa série de práticas que a modernidade fez uso para incorporar e naturalizar sentidos via educação dos corpos para seus usos políticos: todas as práticas educativas eugênicas e higiênicas legitimadas pela biologia moderna que a partir dos séculos XVII e XVIII controlaram e disciplinaram os corpos a fim de modelar a normalidade e a ordem. (ZOBOLI e MEZZARROBA, 2019, p. 4).

Neste contexto, pensaremos a escola, o hospital e a própria medicina como políticas que pedagogizam os corpos, ou seja, produzem corpos educados, em termos foucaultianos, “dóceis”. “Foi no Arsenal ou nos Arquivos Nacionais que iniciei a análise de um saber cujo corpo visível não é o discurso teórico ou científico, nem tampouco a literatura, mas uma prática cotidiana e regulada” (FOUCAULT, 2011b, p. 300).

Todavia, a perspectiva de Michel Foucault sobre a modernidade faz-se necessária uma vez que, segundo o filósofo francês é a partir daí que os dispositivos de poder passam a focalizar o homem (e seu corpo) como ponto central de seus mecanismos. A bibliografia produzida por Foucault busca nos proporcionar uma compreensão mais ampla das novidades surgidas neste momento e descritas por ele como a passagem de um poder soberano para uma época de “biopoder”, como veremos num capítulo posterior. Na sua análise, o autor demonstra de forma minuciosa como o governo da população foi possível constituir uma política estatal

de regulação das práticas cujos corpos passaram a ser vistos sob o viés da anatomia política. Para Foucault (2011b), a “anatomia política” é uma “mecânica de poder”, que define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas que operem como se quer, com técnicas segundo a rapidez e eficácia que se determina.

A partir da modernidade o corpo biológico da anatomia foi se transformando em um corpo técnico e objeto da política na medida em que a racionalidade científica e técnica começaram a ser pensadas para promover o desenvolvimento das forças produtivas da sociedade.

No século XIX conforme Foucault (2008a, p. 120), “[...] a observação da medicina moderna organizou os domínios tanto hospitalar, quanto pedagógico. A medicina clínica permitiu a integração, na experiência, da modificação hospitalar, sob forma constante”. Assim, a relação entre o professor e seus alunos estava ligada em um mesmo movimento, “o ato de reconhecer e o esforço de conhecer”. Portanto, isso fez com que não houvesse “[...] diferença de natureza entre a clínica como ciência e a clínica como pedagogia” (FOUCAULT, 2008a, p. 121). É a retomada da própria educação com caráter pedagógico; a medicina passa a ocupar o espaço onde se aloja a doença; ela passa a cuidar do corpo, da vida; tanto que a pergunta básica do médico da modernidade é “onde lhe dói?”. Neste ponto, vale a pena abrimos parênteses para ressaltar mais uma vez a visão diferente dos povos indígenas com relação a doença do corpo. Dentro da cultura indígena, o Pajé (que é o líder espiritual), juntamente com alguns dos anciões, conhecidos também pela denominação de “troncos velhos”, são responsáveis pela saúde dos demais membros da comunidade. Desta forma, enquanto conhecedores do saber ancestral, cabe a eles lidar com o processo de cura. Na comunidade Xukuru-Kariri, poucos recorrem a medicina oficial, dado que para a maioria deles o processo de cura do corpo está diretamente ligado com a cura do espírito. Sendo assim, eles acreditam que para manterem-se “saudáveis” no plano corporal é fundamental cuidar antes de tudo, “da alma”. O que esse povo em especial considera equivalente ao que costumamos a chamar de medicina, são algumas práticas realizadas em rituais específicos voltadas para a cura do espírito e consequentemente do corpo. O uso do que eles denominam de medicinas sagradas¹⁸, aliviam os sintomas e

¹⁸ São produtos de origem vegetal, mineral e animal extraídos pelos indígenas da natureza para a produção de chás, banhos, bebidas etc. que são usados em rituais de cura do corpo.

gradativamente age sobre o espírito e o corpo, levando a cura destes. Um fato interessante da cultura, diz respeito ao foco total na cura, uma vez que pouco se enfatiza a doença. As medicinas sagradas são preparadas pelo grupo citado anteriormente e são usadas em forma de banhos, tintas, bebidas, incensos, tendo como exemplo, a Jurema, Rapé, Ayahuasca, Sananga, entre outros. Não pretendemos aqui dar detalhes sobre os usos das medicinas sagradas e as práticas de cura realizadas nos rituais, dado que não temos permissão para isto, a ideia foi apenas pontuar que na cultura indígena de modo geral, é a cura do espírito que ocasionaria a cura do corpo. Fala-se em cura e em consagração da vida e não na dor, doença e morte, em Oricuri e não em Hospital. Ora, pode parecer que estamos a falar de metafísica indígena aqui. O leitor não estaria equivocado ao afirmar que neste parágrafo discorreremos sobre isto. Acreditamos que se faz necessário pensar nessas outras formas “não hegemônicas” de concepção, principalmente a respeito de temas tão “caros”, como são esses.

Voltando a análise de Foucault a respeito da medicina moderna, esta estabeleceu o controle sobre a morte, a partir do momento que passa a investigar o indivíduo que tem o corpo doente, pois para a medicina a vida da pessoa estava pautada na morte do corpo; é por meio do corpo morto que se tornaria possível conhecer os meios para prolongar a vida deste, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença. A partir de então, dá-se a necessidade de ir ao cadáver; muda-se a prática e o saber da medicina e o médico vê surgir a verdade nos tecidos do corpo no momento em que o dissecar com o bisturi. Foucault (2008a, p. 137) afirma que, “[...] o saber tece onde cresce a larva”. O corpo morto, sem vida, sem temperatura, frio, é o cadáver – o maior instrumento do ensino, do saber e da verdade. É no desvelar desse corpo, sem vida, que se pode prolongar a vida. “Abram alguns cadáveres” revolucionou o ensino da medicina moderna (FOUCAULT, 2008a, p. 136).

Em “O Nascimento da Clínica” (2008a), o filósofo francês demonstra que na transição da medicina clássica para a moderna, algo aconteceu que tornou normal uma certa verdade, emergindo novos espaços, amplos e gerais. Na sua análise sobre este momento histórico, ele compreende que há um surgimento de um saber, e, é este saber que se dá como visão. Foucault começa a analisar, pesquisar e investigar como o olhar médico rapidamente transformou-se e ocupou espaços antes vazios. “Esse olho que fala seria o servidor das coisas e mestre da verdade”

(FOUCAULT, 2008a, p. 126). Desse modo, na modernidade, a medicina clínica encontra o momento do visível, tendo, por objetivo, “fazer falar o que todo mundo vê sem vê-lo”. Logo, a vida, a doença e a morte estão entrelaçadas e o olhar médico vai partir do princípio do olhar que viu a morte. “Grande olho branco que desfaz a vida” (FOUCAULT, 2008a, p. 160).

A partir das análises de Foucault (2008a), até o início do século XVIII, o hospital era qualificado como hospital geral; considerado um morredouro ou o templo da morte, “[...] ao hospital se ia para morrer. A equipe hospitalar não se dedicava a tratar do doente, mas, muito ao contrário, esforçava-se para obter a sua salvação” (FOUCAULT, 2011b, p. 447). O hospital clássico apresentava-se como espaço de abrigo e internação, onde se embaralhavam doentes, loucos, prostitutas etc.; ainda na metade do século XVII, caracterizado como um “instrumento misto de exclusão, assistência e conversão espiritual, ignorando, assim, a função médica” (FOUCAULT, 2011b, p. 448). Em suma, “[...] o hospital era um núcleo perpétuo de desordem econômica e social” (FOUCAULT, 2011b, p. 449).

As primeiras mudanças começam a ocorrer com as transformações¹⁹ econômicas, políticas e sociais decorrentes do mercantilismo e incipiente processo de industrialização. É neste período que, na concepção de Foucault, o saber médico começa a organizar o espaço hospitalar. Assim, o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. Na concepção de Foucault (2011b, p. 450), “[...] foi precisamente nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões começaram a ter um preço para a sociedade”. Logo, o hospital moderno se tornou assim um elemento fundamental na tecnologia médica, “[...] não apenas um lugar onde se cura, mas um instrumento que, para certo número de casos graves, permita curar” (FOUCAULT, 2011b, p. 372).

¹⁹ [...] o desenvolvimento econômico, e principalmente o agrícola do século XVIII, o aumento da produtividade e dos recursos ainda mais rapidamente do que o crescimento demográfico por ele favorecido, permitiram que se afrouxassem um pouco [as] ameaças profundas: a era das grandes devastações da fome e da peste – salvo alguns recrudescimentos – encerrou-se antes da Revolução Francesa; a morte começava a não mais fustigar diretamente a vida. Mas, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos conhecimentos a respeito da vida em geral, a melhoria das técnicas agrícolas, as observações e medidas visando a sobrevivência dos homens, contribuíram para esse afrouxamento: um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências da morte. No terreno assim conquistado, organizando-o e ampliando-o, os processos da vida são levados em conta por procedimentos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los (FOUCAULT, 2013, p. 154-155).

O aparecimento da figura do médico no hospital é marcada, principalmente, por uma necessidade de organização administrativa, política e econômica dos hospitais marítimos e militares, e se estabeleceu pela introdução de mecanismos disciplinares. O médico passa então a organizar o espaço hospitalar. Essa reorganização será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina vai agir tanto no controle do indivíduo quanto da população, através de “uma tecnologia que poderia qualificar de política, isto é, a disciplina” (FOUCAULT, 2011b, p. 451).

O hospital moderno, passa a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de diversas disciplinas vinculadas à prática médica. Gradativamente, sua função, transcende a de cuidar de doentes, assumindo a nova missão de incorporar tecnologias, no início artesanais e, no século XX, industrialmente produzidas. No entanto, somente na metade do século XX, “com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas, próprias do hospital contemporâneo” (RIBEIRO, 1993, p. 27).

O desenvolvimento das distribuições gratuitas de medicamentos sob a responsabilidade de médicos designados pela administração, tudo isso remete a uma política de saúde que se apoia na presença extensiva do pessoal médico no corpo social (FOUCAULT, 2011b, p. 370).

Historicamente, o hospital também se revelou como um corpo “construído” que, ao mesmo tempo, “constrói” corpos. Corpo construído para abrigar, receber outros corpos, que ao adentrarem no mundo do hospital são tomados pela doença passando a obedecer a uma lógica organizadora, legitimadora, disciplinadora e “sabedora” de seus corpos. Sendo assim, a medicina via ensino médico institucionalizado, se utilizou de formas específicas de interferência e controle dos corpos e da vida. Exemplo disso é que há em seus programas a transmissão de técnicas corporais voltadas para este controle. Segundo Kruse:

A partir das técnicas se estrutura um controle rígido do hospital, pois elas determinam, por exemplo, que os banhos fossem pela manhã, que os horários de verificação de sinais vitais fossem em quatro em quatro horas, que os curativos fossem trocados três vezes ao dia, de forma que foram se estruturando rotinas que tornaram tradicionais e perduraram por décadas, sendo necessário que fossem questionadas por trabalhos de pesquisa, para que fosse possível abdicar de alguns rituais propostos, uma vez que oneravam sobremaneira a assistência hospitalar, tanto em material como em pessoal (KRUSE, 2003, p. 106).

Enquanto espectadores dos “avanços” da medicina contemporânea, seguimos assistindo a uma “anulação generalizada” dos discursos dos sujeitos no ambiente hospitalar; uma ausência de história nas práticas de medicalização que se limitam a abordar os corpos biológicos. Isso nos leva a questionar: Não estaríamos presenciando uma “nova história do silêncio?”. Na internação, por exemplo, o papel de quem fala e de quem se submete à fala já está clara e previamente definido, cabendo àqueles que se prestam aos diferentes papéis, apenas segui-los. O “cliente/paciente” sabe que o seu papel é responder às perguntas que lhe são feitas — um expectador — por isso assume a aparência de alheamento ao que está sendo dito/questionado/realizado, pois dele, na condição de expectador não é esperado um papel ativo, apenas sua presença física basta para compor a encenação.

Segundo escreve Antunes (1991) influenciado pelo pensamento de Foucault, os passos da transformação que deu origem ao hospital contemporâneo foram “a introdução de mecanismos disciplinares para reger as atividades dos hospitais e a conversão da disciplina resultante em disciplina médica.” (ANTUNES, 1991, p. 157). Vale salientar, que não só o hospital enquanto instituição foi sendo “atualizado”, mas o próprio ensino da medicina se estruturou e se consolidou ao longo do tempo, tendo em vista que as concepções do processo saúde-doença se modificaram. Entre as várias contribuições para a implementação do ensino médico, destacamos aqui um estudo realizado em 1910 pela *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*²⁰, que ficou conhecido como “Relatório Flexner”. Este estudo é considerado responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e para a medicina mundial até os dias atuais. Não objetivamos adentrar na análise dos métodos, instrumentos de coleta de dados, enfim, dos meios utilizados por Flexner para a elaboração do seu estudo, dado que até hoje, se questiona e coloca-se em debate várias questões. Nos interessa de forma breve, pontuar que através desse relatório “diagnóstico”, o modo de “se ensinar” medicina no mundo mudou. Entre as propostas de Flexner (1910), destaca-se entre outras: a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Abraham defendia um ensino médico padronizado, organizado em um ciclo básico e outro

²⁰ FLEXNER. Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

clínico. Para tanto, a instituição hospitalar foi transformada em um verdadeiro laboratório de investigação biomédica e clínica. O ciclo clínico deveria ocorrer fundamentalmente no hospital, entendido como um laboratório. Para Flexner, o hospital é o local privilegiado para estudar as doenças. Pois, o estudo da medicina deveria ser centrado na doença de forma individual e concreta (FLEXNER, 1910).

A partir da consolidação dessa visão, o ensino médico desloca-se para os hospitais, que se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às Faculdades e Universidades restam o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades, dado que no modelo “flexneriano”, a teoria deveria vir antes da prática. Nota-se que, a forma de lidar com o corpo dentro desse modelo biomédico, baseia-se numa concepção mecanicista, onde os órgãos e sistemas do corpo são estudados e analisados isoladamente. Dessa maneira, o conhecimento médico se fragmenta e a medicina se divide em especialidades.

Em 1910, ao publicar o seu relatório Flexner “munia” e “atestava” os poderes da medicina; defendendo em seu estudo que o médico deveria se resguardar ao contato com o paciente, se restringindo apenas à clínica. Para ele, somente após conhecer o “normal” é que se deveria manter contato com o doente (o anormal). Observamos que mesmo com o passar do tempo, a transmissão dessas práticas de controle se perpetua através do modelo biomédico, fazendo parte de todo o ritual durante a graduação do aluno de medicina. Ora, não estamos negando a importância da medicina, dos médicos e da instituição hospitalar para a restituição da saúde do “doente”, dado que este deposita toda sua expectativa de cura no saber médico e no poder do contexto hospitalar. Na condição de paciente/doente, o único capaz de aliviá-lo do seu mal é o médico – “que tem saber e poder entre a vida e a morte”. O que gostaríamos de chamar a atenção aqui, é para a forma de ensino relacionada a transmissão dessas práticas de intervenção e controle sobre o paciente. Após anos, parece que elas continuam sendo reproduzidas de modo estático, rígido e pouco flexível, a ponto de os pacientes/doentes acreditarem que os seus corpos não lhes pertencem.

3.2 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO/SE²¹

Inicialmente, o Hospital Regional de Lagarto (Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro) foi inaugurado em 2010 para atender a população de Lagarto e municípios vizinhos. A criação do Hospital tanto estimulou a vinda de profissionais da saúde para a cidade, quanto passou a exigir a formação de nova mão de obra qualificada. O projeto arquitetônico foi desenvolvido sob responsabilidade técnica do Arquiteto e Urbanista Flávio Novais Dantas, junto à equipe da coordenação de infraestrutura da Secretaria de Estado da Saúde. Para maiores informações sobre o projeto arquitetônico original, ver anexo II na página 176.

Em 2017 o Hospital Regional de Lagarto é transformado em Hospital Universitário, a partir da sua doação por parte governo estadual à Universidade Federal de Sergipe. No que concerne a parte de infraestrutura, documentos da empresa administrativa demonstram que até 2015 o Hospital dispunha de 130 leitos hospitalares, sendo 77 ativos, dos quais 12 eram destinados a cuidados intensivos, e 53 leitos de internação desativados. Atualmente, nota-se que foram feitas alterações no projeto original, tendo em vista que o hospital foi sendo reestruturado ao longo dos anos com o intuito de atender as novas demandas; um dos exemplos mais recentes de modificação estrutural diz respeito a ampliação do HUL, com a instalação de um hospital de campanha para suprir a procura por parte da população frente a pandemia da Covid-19. Segundo dados oficiais da rede hospitalar pública do Estado de Sergipe, nos últimos meses, foram integrados mais 10 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), totalizando hoje, em 30 (trinta) leitos, para atendimento de pacientes com a COVID-19, adultos e pediátricos no HUL – UFS.

²¹ A pesquisa foi desenvolvida no Campus Professor Antônio Garcia Filho, que está localizado na cidade de Lagarto – Sergipe. Realizamos os levantamentos de dados entre os meses de agosto e dezembro de 2020. Logo, sugerimos atualizações nas informações posteriores a essa data.



Figura 1: Vista aérea do hospital de campanha.

(Fonte: EBSEH, 2020)

O Hospital além de funcionar para o atendimento das necessidades de saúde da população, ele funciona como espaço de formação, ensino e pesquisa. Nesse aspecto, sendo incorporado à Universidade Federal de Sergipe para atender as demandas de formação dos alunos do Campus Universitário de Lagarto.

Atualmente, a unidade hospitalar é gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)²² - empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, que hoje administra 40 hospitais universitários federais – fruto do contrato de gestão celebrado entre a empresa pública federal e a Universidade Federal de Sergipe (UFS). Em parceria com as Universidades, a estatal tem avançado no aperfeiçoamento dos serviços de atendimento à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre vinculando o atendimento à promoção do ensino e da pesquisa nas unidades filiadas.

O HUL-UFS atende ao contingente populacional da região Centro-Sul do Estado, dos seis municípios que integram a Região de Saúde de Lagarto (Lagarto, Simão Dias, Salgado, Riachão do Dantas, Poço Verde e Tobias Barreto), com uma população estimada em cerca de 255 mil habitantes - além de cidades de outras regionais e da Bahia que fazem divisa com Sergipe como Paripiranga, Adustina, Fátima e Nova Soure.

²² Para maiores informações sobre a empresa, consultar:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hul-ufs>



Figura 2: Vista da entrada do Hospital Universitário de Lagarto – HUL.
(Fonte: EBSEH, 2020)

Segundo a EBSEH, o hospital universitário de Lagarto (HUL – UFS), tem como principal missão, a prestação da assistência pública em saúde de forma humanizada, com excelência, criando condições para ensino e pesquisa integrados à comunidade. Objetivando desta forma, ser reconhecida como instituição de excelência no cuidado em saúde, ensino e pesquisa, no Estado de Sergipe, norteadas pelos processos de qualidade e acreditação. (EBSEH 2020).

Dos serviços oferecidos a população destaca-se: Urgência e emergência, internação, exames e ambulatório de especialidades. O perfil assistencial do Hospital Universitário de Lagarto (HUL-UFS) é de hospital porta aberta para atendimento de urgência e emergência, voltado para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. A admissão no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) se dá através do acolhimento com classificação de risco em atendimento a urgência e emergência, clínica, pediátrica, cirúrgica e ortopédica. Assim como os usuários trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo assegurado equidade e acessibilidade com o objetivo de garantir um atendimento resolutivo ou que minimize o impacto dos agravos à saúde.

Segundo a empresa EBSEH (2020), o acolhimento com classificação de risco é feito com base no protocolo de Manchester, que utiliza um sistema de cores para organizar o atendimento, considerando os sintomas apresentados pelos

pacientes. Prevê o atendimento de todos, mas seguindo uma ordem de prioridade relacionada à gravidade de cada caso.

Com relação a internação, a EBSEH informa que quando o paciente recebe o atendimento de urgência e emergência e a decisão médica é o internamento ele é conduzido para o internamento hospitalar em uma das seguintes clínicas: Ortopedia e traumatologia, clínica médica, pediatria e cirurgia geral. Desta forma, no momento do internamento os pacientes e acompanhantes são orientados quanto à permanência na unidade hospitalar, visto que, existem procedimentos e normas específicas para os visitantes e acompanhantes.

No hospital, o setor de diagnóstico por imagem funciona 24 horas por dia, ofertando os seguintes exames para os pacientes: Radiografia simples, eletrocardiograma, ultrassonografia, scan duplex entre outros. O Laboratório de Análises Clínicas, por sua vez, possui procedimentos para a coleta, realização e entrega dos resultados dos exames laboratoriais para pacientes em atendimento na unidade hospitalar. O Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Lagarto (HUL), oferece consultas com médicos especialistas em suas respectivas áreas, contemplando atualmente o público adulto e pediátrico em mais de 30 especialidades. Atualmente, entre as especialidades ambulatoriais oferecidas pelo HUL - UFS à população adulta estão: Alergista e imunologista, cardiologista, clínico médico, dermatologista, educador físico, endocrinologista e metabologista, fonoaudiologista, gastroenterologista, geneticista, ginecologista, hepatologista, infectologista, nefrologista, neurologista, nutrólogo, oncologista, ortopedista, otorrinolaringologista, pneumologista, psicólogo, cirurgião dentista, psiquiatra, reumatologista e serviço social. Já em relação as especialidades ofertadas pelo HUL ao público infantil no setor pediátrico destacam-se: Alergista e imunologista pediátrico, endocrinologista pediátrico, gastroenterologista pediátrico, nefrologista pediátrico, pediatra psiquiatra da infância e adolescência e reumatologista pediátrico. (EBSEH, 2020).

3.3 O CURSO DE MEDICINA DA UFS – LAGARTO/SE

O Campus Professor Antônio Garcia Filho, aqui discriminado como o Campus de Lagarto, foi resultado do projeto de expansão da Universidade Federal de Sergipe por meio do Decreto Federal N°6096 do ano de 2007 que instituiu o

Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI que almejava a expansão da oferta de ensino superior.

[...] Art.1º Fica instituído o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI, com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais (BRASIL, 2007, p.1).

Criado por meio da Resolução nº 36/2009 do Conselho Universitário – CONSU, consta no anexo I, página 173, que o Campus de Ciências da Saúde de Lagarto foi resultado da firmação de um protocolo de intenções entre o Ministério da Educação, o Governo do Estado de Sergipe e a Universidade Federal de Sergipe em 12 de junho de 2009. A sua instalação contou com a implantação de oito cursos de graduação na área de Saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, Medicina e Odontologia, entretanto suas atividades somente foram iniciadas em 14 de março do ano de 2011, na cidade de Lagarto, tendo como sede provisória o Colégio Estadual Abelardo Romero, e mais tarde, no segundo semestre de 2015 foi instalada em sua sede definitiva. A implantação do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho se tornou possível a partir da instalação do Hospital Regional de Lagarto (HRL) e da autorização do Ministério da Educação (MEC).

Com a autorização de instalação do novo Campus, foram criadas novas oportunidades de trabalho, sendo realizados concursos públicos para professores e técnico-administrativos no intuito de atender à nova demanda, o que contribuiu para o desenvolvimento da cidade em vários aspectos.

O curso de Medicina do Campus de Lagarto oferta um total de sessenta vagas por ano letivo com turno integral. Além de formar médicos, a graduação de Medicina do Campus Lagarto tem propósito de contribuir na formação do cidadão que participará dos processos de construção do conhecimento, atuando em atividades docente assistenciais centradas no aluno e orientado para a comunidade (UFS, 2012).

A área que o Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho foi construído fica bem próxima ao Hospital Universitário da cidade, o que facilita o

deslocamento e acesso dos estudantes. Vejamos no mapa a localização das duas Instituições:



Figura 3: Imagem da cidade de Lagarto via satélite.

(Fonte: Google maps, 2020)

Em 14 de junho de 2011 a Universidade Federal de Sergipe, inaugurou o novo Campus da saúde; no entanto, apenas em 2015 o Campus foi instalado em sua sede definitiva, como dito anteriormente. Em seguida, a imagem da entrada principal do Campus.



Figura 4: Vista da entrada do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.

(Fonte: Guia do calouro – UFS, 2018).

Uma das grandes inovações do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, diz respeito a forma de abordagem do ensino voltada para a formação de profissionais humanizados e capazes de construir ações interdisciplinares, com ênfase na atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto pedagógico adotado pelo campus é estruturado a partir das metodologias ativas de ensino.

Segundo a Universidade Federal de Sergipe, o modelo de aprendizagem baseado em metodologias ativas de ensino, tem sido adotado em diversas escolas médicas e outros cursos da área de saúde. Diferentemente do modo de ensino tradicional, este modelo incentiva o estudante a desenvolver competências, buscando ativamente o conhecimento, somando com os de outros estudantes do grupo e articulando teoria e prática. Desta forma, caracteriza-se como uma metodologia formativa, não meramente informativa. Nele, o estudante é provocado pela situação/problema ou cenário e inicia suas buscas a partir daquele problema. O papel do professor é auxiliar nessas buscas e nas discussões do grupo tutorial. A preocupação é ensinar a aprender. (UFS, 2020). Além das turmas serem pequenas, neste modelo de currículo, o conteúdo das disciplinas básicas é distribuído durante todo curso, sendo aprendido de forma integrada durante o desenvolvimento das competências. Desta forma, a metodologia utilizada, a multiplicidade de cenários de aprendizado e a utilização de situações diretamente ligadas à realidade em que se inserem, aproximam a escola da comunidade e permitem uma melhor compreensão dos aspectos sociais pelo profissional formado nesta realidade.

Portanto, diante das mudanças de um mundo cada vez mais cíclico, onde processos são revistos e/ou modificados, o modelo tradicional de ensino, caracterizado pelo professor que detém e transmite o conhecimento e pelo aluno que atua como um simples espectador e sujeito passivo, vem sendo revisto pela proposta das metodologias ativas de ensino e aprendizagem, que de acordo com Araújo e Sastre (2009) trazem a concepção de um aluno responsável pelo seu desenvolvimento no decorrer da vida educacional, assim promovendo visão crítica da realidade no qual está inserido, onde o aluno desenvolve habilidades e competências a serem utilizadas no seu ingresso à carreira profissional. Sendo assim, fundamentada na necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde, a Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, no Município de Lagarto, adota algumas dessas metodologias ativas para a formação dos seus alunos desde 2011.

Os cursos estão divididos em ciclos anuais, sendo o primeiro ano com conteúdo comum a todos os cursos, assim chamado de ciclo comum ou I ciclo, onde as disciplinas são ofertadas pelo Departamento de Educação em Saúde. O ciclo comum está dividido em 9 (nove) módulos desenvolvidos durante o ano letivo, totalizando uma carga horária de 1020 (mil e vinte) horas. Os módulos de 1 (um) a 7 (sete) são trabalhados por meio de sessões tutoriais compostas por situações-problema que são reais ou simuladas em laboratórios de práticas, além disso tem-se práticas de módulo, realização de palestras e aprendizagem autodirigida; nos módulos 8 (oito) e 9 (nove) ocorrem as Prática de Ensino na Comunidade – PEC e Habilidades, nesse momento ocorrem as atividades práticas.

Dados da própria Instituição de Ensino mostram que o período letivo que o atual currículo para o curso de medicina entrou em vigor, foi em 2013. 1, possuindo caráter de bacharelado - Matutino e Vespertino – Com carga Horária total, mínima de 9315 horas; sendo que 189 horas, pode ser composta pela carga horária mínima de optativas. O currículo do curso propõe uma educação integral, compartilhada com outros saberes e contextualizada no sujeito em sua existência na sociedade. Busca-se desde o primeiro momento, inserir os estudantes na prática integrada em saúde. De acordo com a Universidade Federal de Sergipe, desde 2013 as disciplinas obrigatórias da matriz curricular que compõem o ciclo I para o curso de medicina do Campus de Lagarto são: Introdução à ciência da saúde; Funções biológicas; Proliferação celular –inflamação e infecção; Abrangência das ações de saúde; Concepção e formação do ser humano; Metabolismo; Concepção – consciência e emoção; Prática de ensino na comunidade e Habilidades e atitudes em saúde. O segundo, terceiro, quarto, quinto e sexto ciclos são específicos da formação do (a) médico (a) e acrescentam ao foco dado à atenção primária à saúde, dividindo espaço com esse a atenção de nível secundário, especialidades ambulatoriais e hospitalares e núcleos integrados de saúde, necessários para a formação de um profissional generalista. Sendo assim, no ciclo II o aluno cursa as disciplinas: Doenças resultantes da agressão ao meio ambiente; Nascimento, crescimento e desenvolvimento; Percepção- consciência e emoção II; Proliferação celular e processos degenerativos; Locomoção e preensão; Processo de envelhecimento, Atualização I, Práticas de ensino na comunidade (pec) II e Habilidades clínicas e atitudes em medicina I. No ciclo III, é ofertado as disciplinas: Dor; Dor abdominal, diarreia, vômitos e icterícia; Fadiga, perda de peso e anemias; Problemas mentais e

de comportamento; Perda de sangue; Febre, inflamação e infecção; Atualização II e práticas de ensino na comunidade (pec) III; habilidades clínicas e atitudes em medicina II. As disciplinas que compõem o ciclo de medicina IV são: Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar; Manifestações externas das doenças e iatrogenias; Desordens nutricionais e metabólicas; Distúrbios sensoriais, motores e da consciência; Dispnéia, Dor torácica e edemas; Emergências; Atualização III; Habilidades clínicas e atitudes em medicina III e Práticas de ensino na comunidade (pec) IV. O ciclo V é composto pelas disciplinas: Práticas de serviços da comunidade I; Práticas de investigação científica I; Internato em cirurgia; Práticas de serviços da comunidade II; Práticas de investigação científica II; Internato em ginecologia e obstetrícia. Por fim, as disciplinas que compõem o ciclo VI são: Práticas de serviços da comunidade III; Práticas de investigação científica III; Internato em medicina interna; Internato em pediatria; Práticas de serviços da comunidade IV; Práticas de investigação científica IV; Internato em medicina preventiva e social; Internato em medicina de urgência (adulto e criança) e traumatologia. A estrutura curricular correspondente a cada ciclo encontra-se no anexo III, página 178.

Além das disciplinas obrigatórias, o aluno de medicina do Campus Professor Antônio Garcia Filho, precisa cursar as disciplinas optativas e as atividades complementares que serão contabilizadas ao final do curso. Atualmente o DMEL – (Departamento de medicina de Lagarto), possui um corpo docente composto por 39 professores efetivos, mais 4 professores substitutos e 14 funcionários administrativos, estando sob chefia do professor João Carlos Carvalho Queiroz. O departamento desenvolve ações de extensão desde 2013, projeto de pesquisa desde 2014 e monitoria desde 2019 (UFS, 2020). Segundo o Sigga – UFS, hoje²³ o curso de medicina de Lagarto conta com 351 alunos ativos em seu sistema.

A Universidade Federal de Sergipe, realizou no dia 28 de agosto de 2018 a colação de grau da primeira turma de Medicina do Campus universitário Professor Antônio Garcia Filho com cerca de 50 alunos. Na imagem a seguir, momento da cerimônia de colação de grau, realizada no auditório da Universidade Federal de Sergipe.

²³ Período que corresponde a realização da pesquisa na plataforma do SIGAA – UFS de Lagarto. Agosto de 2020.



Figura 5: Cerimônia de colação de grau da primeira turma de medicina, Campus Lagarto. (Fonte: UFS 2018).

3.4 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Não há trabalho de campo que não vise a um encontro com um outro, que não busque um interlocutor (AMORIM, 2004, p. 16).

Partimos do entendimento de que pesquisar com o outro, tomando-o como sujeito desse processo, implica assumir que estes possuem a liberdade e o direito de se expressarem sobre o mundo a partir dos seus próprios horizontes sociais, de onde advêm as mais variadas experiências, expectativas, angústias, desejos etc., ou seja, suas realidades. Sendo assim, compreender como esses sujeitos (alunos, professores e pacientes/ex-pacientes) estão implicados no universo da pesquisa, onde permanece seu tempo, num momento específico de suas trajetórias pessoais e profissionais, é um fato relevante para explicitar o lugar de onde essas falas partem, como são construídas e como se relacionam com a problemática dessa pesquisa. Desta forma, na realização de uma pesquisa qualitativa, como é a nossa, compreendemos que “[...] a realidade estudada pela pesquisa qualitativa não é uma realidade determinada, mas é construída por diferentes ‘atores’” (FLICK, 2004, p. 43). Sendo assim, trazemos, neste tópico, uma breve apresentação dos sujeitos participantes desta pesquisa, pois nos importa ouvi-los na medida em que, “[...] o ser humano é essencialmente um contador de histórias que extrai sentido do mundo através das histórias que conta” (BARTHES, 1976, p. 25).

Para a definição dos participantes, estes haviam sido escolhidos desde sempre. Sabíamos que queríamos trabalhar com 4 (quatro) grupos: grupo 1 (um) composto por professores do departamento de medicina, grupo 2 (dois) composto por alunos graduandos/concludentes, grupo 3 (três) composto por alunos graduados e o grupo 4 (quatro) composto por pessoas, que em algum momento das suas vidas dependeram ou dependem da tecnologia médica para adiar a morte. Acreditávamos de forma preliminar que pesquisar junto a esses grupos seria suficiente. No entanto, por entendermos que o nosso próprio tema nos instigava a irmos além e pela dificuldade que encontramos para o contato com alguns grupos na fase de coleta, principalmente com o grupo de alunos concludentes e com os professores do departamento de medicina, surge no decorrer do processo a ideia de ampliarmos os critérios para compor as vozes dos sujeitos desses dois grupos. A partir de então, o grupo de alunos graduandos passaria a abranger os alunos que estariam cursando outros ciclos; já o grupo de professores de medicina, ampliamos para os professores do ciclo comum. Além disso, incluímos mais um participante no grupo de pessoas (um paciente terminal) e também decidimos formar um 5º (quinto) grupo, composto por alunos iniciantes da turma de medicina 2021.1 do Campus. A inclusão de mais um grupo e de novos participantes, além de enriquecer a nossa pesquisa faz-se importante porque eles trazem também outros discursos que contribuem de forma significativa para as reflexões desenvolvidas aqui.

No caso desta pesquisa, o critério utilizado para os professores foi: Estar professor na Instituição de Ensino. Para os alunos de modo geral foi: ser maior de 18 (dezoito) anos, ser ou ter sido aluno/a de medicina do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho. Estabelecer esses critérios para participação dos grupos acima citados, foram e são necessários uma vez que temos a pretensão de analisar também como o conhecimento científico pode produzir efeitos de verdades nos atos de falas e enunciados dos participantes, considerando que este também é um formador de subjetividades. Importa ressaltar ainda que não somente o conhecimento científico se torna formador de subjetividades, assim, os participantes podem mostrar os discursos que os regem provenientes de outras instituições sociais dos quais fazem parte, por exemplo, a religiosa. No caso do grupo de pessoas, o critério estabelecido foi: que em algum das suas vidas elas tivessem dependido ou estivesse dependendo da tecnologia médica para adiar a morte.

Abaixo, trazemos algumas tabelas onde apresentaremos as informações gerais com relação aos participantes da pesquisa os quais denominamos a partir das iniciais de cada grupo e usaremos também uma numeração específica aleatória objetivado facilitar a identificação dos dados coletados junto aos participantes. Na tabela 1 temos o grupo dos professores. Na tabela 2 temos o grupo dos alunos concludentes e dos demais ciclos de Medicina do Campus de Lagarto. Na tabela 3 temos o grupo de alunos já graduados em Medicina pelo Campus. Na tabela 4 temos o grupo dos alunos iniciantes da turma 2021.1. Por último, na tabela 5 temos o grupo de pessoas.

Conforme mostra a tabela 1, o grupo de professores foi denominado pela nomeação “P” seguida de uma numeração específica de P1 a P5.

TABELA 1 – Informações gerais sobre os professores

Profes- sores	Graduação	Mestrado	Doutora- do	Outras informações
P1	Fisioterapia	Enferma- gem em Saúde Pública	Ensino em Saúde	Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde
P2	Biomedicina	Saúde Coletiva	Desenvolvi- mento e Meio Ambiente	Especialista em Estado e Direito de Povos e Comunidades Tradicionais
P3	Farmácia	Ciências Farmacêuti- cas	Biotechnolo- gia	Pós-doutora em desenvolvimento e caracterização de formulações farmacêuticas incorporadas com bioativos, na área de medicamentos e em suas aplicações biológicas
P4	Medicina	Ciências da Saúde	Ciências da Saúde	Pós-doutorado- Oregon Health and Science University - EUA em Ciências Reprodutivas
P5	Medicina	Políticas	-	Especialista em psiquiatria e

		Sociais e Cidadania		em saúde mental coletiva e planejamento em saúde (UFBA)
--	--	---------------------	--	---

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Conforme a tabela 2, o grupo de alunos foi denominado pela nomeação “A” e engloba os alunos concludentes e os alunos do ciclo comum – ACCC, seguida de uma numeração de ACCC1 a ACCC4.

TABELA 2 – Informações gerais sobre os alunos concludentes e alunos dos demais ciclos de medicina – Lagarto.

Alunos concludentes e dos demais ciclos de Medicina	Ciclo	Naturalidade
ACCC1	2°	Aracaju – Sergipe
ACCC2	6°	Salvador – Bahia
ACCC3	5°	Itabaiana – Sergipe
ACCC4	4°	Aracaju – Sergipe

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Na tabela 3, o grupo de alunos graduados em medicina foi denominado pela nomeação “AG” seguida de uma numeração específica de AG1 e AG2.

TABELA 3 – Informações gerais sobre os alunos graduados em med – Lagarto.

Alunos Graduados	Atuação na área	Ano que se formou	Naturalidade
AG1	Sim	2019	Itabaiana – Sergipe
AG2	Sim	2018	Aracaju – Sergipe

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Na tabela 4, o grupo de alunos iniciantes da turma de medicina 2020.1, foi denominado pela nomeação “AI” seguida de uma numeração de AI1 a AI5.

TABELA 4 – Informações gerais sobre os alunos iniciantes, turma 2021.1 de medicina – Lagarto.

Med. 2021.1	Naturalidade
AI1	Aracaju – Sergipe
AI2	Aracaju – Sergipe
AI3	Aracaju – Sergipe
AI4	Recife – Pernambuco
AI5	Ribeira do Pombal – Bahia

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Seguidamente, na tabela 5 o grupo de pessoas que em algum momento das suas vidas dependeram ou estão dependendo da tecnologia médica para o adiamento da morte, foi denominado pela nomeação “PD” seguida de uma numeração de PD1 a PD6. Vejamos:

TABELA 5 – Informações gerais sobre as pessoas que dependeram ou dependem da tecnologia médica para o adiamento da morte.

Pessoas que dependeram ou dependem da tecnologia médica	Dependência teve/tem	Naturalidade
PD1	Durante e Pós-cirurgia bariátrica/tem	São José da Laje – Alagoas
PD2	Durante cirurgia cesariana/teve	Salvador – Bahia
PD3	Durante internação em Unidade de Terapia Intensiva/tem	Aracaju – Sergipe
PD4	Sistema contínuo de insulina/tem	Aracaju – Sergipe
PD5	Durante internação de Covid-19/teve	Palmeira dos Índios – Alagoas
PD6	Quimioterapia paliativa.	Canindé do São Francisco – Sergipe

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Os grupos dos participantes da nossa pesquisa são heterogêneos quanto ao nível de escolaridade, idade, gênero, religião, experiência profissional, nível socioeconômico etc. A partir da análise documental, os primeiros contatos foram estabelecidos através de trocas de e-mails com a chefia do Departamento de Medicina de Lagarto – DMEL. Dado que precisávamos nos aproximar dos alunos e dos professores. O coordenador do curso desde o início se predispôs a ajudar. No entanto, devido aos prazos que tínhamos junto a Universidade e ao próprio programa, pela demora da devolutiva da coordenação, decidimos tentar o contato diretamente. Sendo assim, fizemos uma busca na plataforma do SIGGA do Campus de Lagarto, na plataforma Lattes e em algumas redes sociais objetivando encontrar algum contato de professores do Campus. As buscas nos auxiliaram muito, no sentido de que foi possível encontrar, por exemplo os e-mails, páginas com dados para contato etc.

Com o retorno das aulas no dia 13/09/2021, o contato que havíamos estabelecido com alguns estudantes veteranos de medicina via página do Instagram, foi extremamente importante para que pudéssemos nos aproximar de forma quase que imediata de alguns alunos. A administradora do perfil do Instagram, que também é aluna de medicina se colocou à disposição, isso foi fundamental para que tivéssemos sucesso no contato direto com os alunos iniciantes e com os demais alunos do curso.

Todos os contatos estabelecidos com os professores se deram inicialmente via e-mails. Enviávamos o convite explicando sobre a nossa pesquisa e tivemos como resultado positivo o retorno e aceite do convite. Os professores que tiveram interesse e disponibilidade para participar nos deram liberdade para entrar em contato diretamente com eles via WhatsApp e assim fizemos. A princípio, pensamos em convidar dois professores que lecionavam disciplinas específicas dentro do departamento de Medicina, no decorrer da pesquisa, preferimos abrir para os professores do ciclo comum, como dito antes.

Já o contato com o grupo de pessoas, este foi o que nos deu menos “trabalho”, digamos assim. O contato aconteceu por meio de divulgação nos grupos de whatsapp e convite presencial. Havíamos preparado um anúncio com a apresentação da proposta da pesquisa, seguida de convite para participação. Divulgamos nos grupos e as pessoas iam nos indicando outras pessoas conhecidas que tinham disponibilidade para responder as questões da entrevista.

O contato com os alunos graduados foi desafiador, no sentido de que muitos já atuam na área exercendo a profissão de médico e inclusive desenvolvem atividades na linha de frente de enfrentamento da Covid-19. Por via de um convite aceito por uma ex-aluna da primeira turma de medicina do Campus, que aceitou participar da pesquisa, conseguimos nos aproximar de mais um aluno graduado. Tivemos muita dificuldade, enviávamos o material e eles demoravam para responder e na maioria dos casos, não obtínhamos respostas alguma.

Apesar de estarmos preparados para os desafios dessa fase de coleta, porque sempre fomos muito realistas diante do cenário pandêmico que tínhamos, nunca cogitamos que não fosse dar certo, mesmo tendo que lidar com o sentimento de aflição em alguns momentos. Acreditamos que a persistência foi decisiva para a realização da pesquisa.

4 REFLEXIVIDADE ACERCA DO CORPO

4.1 O QUE SIGNIFICA EDUCAR O CORPO?

Corpos e mais corpos, corpos sobre corpos, a cada indivíduo o seu corpo, a cada disciplina o seu, a cada máquina o seu, o seu a cada um e, por vezes, a cada um múltiplos (BÁRTOLO, 2007, p. 14).

A partir desse capítulo, o estudo passa a discorrer sobre a Educação do corpo, refletindo de forma breve a respeito de como se dá esta educação. Propositamente, iniciaremos o texto indagando mais uma vez: o que significa educar o Corpo? Para elucidar o entendimento da questão, pensaremos o Corpo a partir das suas práticas, tendo em vista que *“[...] no hay cuerpo fuera de las prácticas, la tarea es interpelar cómo se produce, cómo las prácticas producen los”* (GALAK, 2017, p.195)

No contexto das Ciências Sociais e Humanas – e na Educação como parte delas – parece ser tarefa difícil, se não impossível investigar o corpo fora do contexto das suas práticas e dinâmicas socioculturais, visto que o corpo é uma construção social e simbólica que se (re)faz na e pela cultura. À medida que entendemos a relação de dependência existente entre experiência corporal com o simbólico, passamos então a conceber o corpo neste universo de significados e valores que são constantemente reencenados, *“[...] o corpo está no cruzamento de todas as instâncias da cultura, o ponto de atribuição por excelência do campo simbólico”* (LE BRETON, 2007, p. 31).

Todavia, se educar o corpo é transmitir a ele modos políticos e sentidos estéticos como sugere Galak (2017), a nossa pretensão neste item é analisar como a medicina concebe e significa o discurso sobre o corpo a partir de lógicas institucionalizadas do modo de “educar” esses corpos visto que como menciona o próprio autor: *“[...] toda la escolarización basa su ejercicio político en lo corporal, y monta su estructura de saber-poder según el modo en que se lo conceptualiza”* (GALAK, 2017, p. 192). Isso nos leva a compreensão de que as instituições educacionais incluindo as universidades de medicina, além do ensino de conteúdos que tomam o corpo como objeto de estudo, elas se encarregam também pela transmissão das “técnicas corporais”, no sentido usado pelo sociólogo e antropólogo francês Marcel Mauss como veremos a seguir. Assim, elas são responsáveis por

difundir entre a comunidade acadêmica modos específicos, peculiares a ciência médica.

Logo, seria importuno, ou talvez “afrontoso” demais afirmar que não caberia a elas a responsabilidade pela gerência ética, política e estética do “corpo a ser educado”. Ou, seria? É o discurso produzido via o ensino da medicina responsável pela educação do corpo médico que nos interessa. Portanto, é dentro, é realizando uma incisão no próprio corpo da ciência médica que talvez seja possível visualizar o sentido da prática, os modos de agenciamento e as operações exercidas sobre o corpo, que objetivam de alguma maneira a sua instrumentalização, para um determinado fim: adequação. Nos aprofundaremos mais adiante sobre isso.

Por conseguinte, na sua obra “Corpo e Sentido” José Bártolo faz uma leitura intersemiótica dos processos de significação do corpo associados a práticas e aos discursos. Na concepção do autor, todo saber é produzido dentro de um sistema de comunicação, de signos e todo poder se exerce a partir da extração, apropriação, distribuição ou retenção de um saber. Segundo ele:

A um determinado regime de signos estará sempre associado um determinado regime de poder, que é antes de mais, poder semiótico: poder de fazer sentido. O poder de fazer sentido que se exerce sobre um determinado corpo exerce sentido em vista objectua-lo, torná-lo objecto, modela-lo de acordo com uma construção de sentido particular. É a esta dinâmica de produção de sentido relacionada com um determinado poder-fazer e poder-saber que nós designamos por produção associando-a à acção de uma determinada máquina semiótica (BÁRTOLO, 2007, p.52).

Entendendo o corpo enquanto um campo de produção de sentido, como concebe o autor acima citado, parece ser impossível projetar de forma antecipada um esquema de reconhecimento, sentido ou classificação fora do corpo. Desse modo, os estudos que tratam dos signos na relação com a cultura nos mostram que é no próprio corpo, naquilo que tem de irredutivelmente único, que é possível visualizar os modos de agenciamento e as singularidades que o fazem significar (BÁRTOLO, 2007).

Se pegarmos aqui como exemplo um estudante de Medicina legal e colocá-lo numa situação hipotética, na qual seu professor sugere que ele realize uma atividade prática perante a um corpo morto numa mesa de dissecação, sem dúvida não nos causaria estranheza se o primeiro ato do aluno fosse dissecar aquele corpo.

Entre ele e a “carne” que ele manuseia, desenrola-se um “corpo-a-corpo” no qual, de uma forma ou de outra se impõe sobre o corpo cadáver, produzindo sobre o mesmo uma leitura, um sentido, visto que “o corpo começa como que um texto, um documento a ler” (BÁRTOLO, 2007, p. 36). Num segundo momento o aluno é provocado a expor as “suas impressões” sobre a causa da morte para o restante da turma. É notório que ao falar sobre o corpo o aprendiz produz um discurso, no entanto seria o discurso verdadeiramente do aluno ou da medicina? O nosso objetivo com o uso desse exemplo não é tomar partido ou atribuir um juízo de valor a respeito do questionamento, o intuito é demonstrar que dentre a multiplicidade dos corpos produzidos pelos diferentes discursos, o corpo da medicina não deixa de ser também, “resultado de um processo particular de corporização, isto é, de objetivação particular de um universal e esta construção é sempre técnica”. (BÁRTOLO, 2007, p.14). Falaremos sobre técnica em um item mais à frente.

No momento, entendemos que é necessário inicialmente problematizar os modos como esses discursos são responsáveis pela produção de sentido sobre os corpos, nesse caso, o corpo médico; para então perceber a existência de um saber/poder em termos foucaultianos, que na maioria das vezes não está explícito, mas se olharmos detalhadamente é possível enxergá-lo através de uma estética que é característica, “[...] há que ordenar o olhar do médico que ordena o olhar do doente. Todo o olhar almeja ser panóptico”. (FOUCAULT *apud* BÁRTOLO, 2007, p. 29).

Continuamente, “*volver el cuerpo un objeto de estudio es darle palabra a ese language, es hacer hablar los sentidos coyunturales outorgados a las maneras como se conciben los sujetos y la política*” (GALAK, 2014, p. 357). Assim, “saber do corpo”, “sobre o que educar sobre o corpo” para além da ideia que parece reduzi-lo a categoria de organismo, é compreendê-lo dentro da trama social por onde transita os sentidos, já que, tratamos do corpo falante de seres falantes, do corpo “que fala”. Nas palavras de Foucault:

[...] O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e saberes? (FOUCAULT, 1999, p. 44-45).

Como vimos, é de um saber que se trata, e, este saber nos leva a refletir sobre as dimensões do político e da política relacionadas a educação do corpo. A

política *“es asunto de cuerpos hablantes, porque no hablarían si no tuvieran cuerpo. Pero, a su vez, si tuvieran solo cuerpos y no hablasen, no tendrían necesidad de política”* (MILNER, 2013, p. 12).

A partir de Aristóteles, compreende-se que pelo fato de ser o homem um animal naturalmente social e político, fez-se necessário a criação de um governo que seria responsável pela organização dos indivíduos na polis; daí surge a noção de política enquanto via de gerência dos corpos humanos. Por isso, *“en efecto, todo discurso sobre el cuerpo entraña necesariamente un posicionamiento sobre los sujetos y sobre la política, incluso cuando no sea explicitado* (GALAK, 2017, p. 194).

Nessa pesquisa, entendemos a política como o gerenciamento do comportamento dos indivíduos, e esse “gerir” está sustentado pelos corpos através de regras. Assim:

Pensar a política enquanto gestão do comportamento significa abarcar em seu conceito questões jurídicas e morais da área do Direito; teorias de governo estatal; discussões filosóficas da arte/ciência de governar; e, também, os comportamentos intersubjetivos intercambiados nos mais diversos contextos culturais (ZOBOLI; MEZZAROBÀ, 2019, p. 8).

Ora, o que interessa à política como gestão é a multiplicidade dos corpos e sua organização em termos de população, eficácia social do governo, e não a presença do público como sujeito que articula seu ser falante em torno de uma ideia. Assim, a política é responsável pela organização do comportamento, do modo de ser e agir dos indivíduos. Desde o nascimento, o indivíduo está inserido em uma sociedade, em um período específico da História e do tempo, que possuem suas características próprias; são essas características que vão moldar a forma como o corpo vai aparecer e se mostrar, bem como, se constituem as regras de conduta e valores morais, éticos e estéticos que o circunscrevem.

Milner (2013, p. 18), afirma que *“[...] la política se reduce a técnicas del cuerpo”*. As técnicas corporais dizem respeito “a forma como os homens, a sociedade, fazem uso de seus corpos de forma tradicional” (MAUSS, 2015, p. 385). Logo, por compreender que os indivíduos, de uma certa maneira, são seus próprios corpos, cria-se então uma vastidão de “obrigações” para com ele com o objetivo de “torná-lo educado”, uma vez que, na arte de utilizar o corpo, os fatos da educação dominam. (MAUSS, 2015).

Doravante, pensar a política voltada para a educação do corpo é entendê-la enquanto dispositivo de manobra que utiliza os processos de ensino/aprendizagem para o controle e formação de subjetividades específicas (GALAK, 2017). Neste sentido, olhar para a produção científica, para técnicas, tecnologias, saberes, discursos e práticas das Ciências da vida, em especial para a Medicina, implica considerar antes de tudo, o entendimento dos arranjos entre entidades heterogêneas distintas, de modo que o caráter “técnico”, ou “médico”, revela-se inserido em uma agenda moral e política. Assim, entendemos que “educar o corpo” numa visão biomédica, é compreendê-lo como recurso biopolítico.

Em um cenário de ascensão das novas tecnologias e práticas médicas em que a matéria viva, torna-se cada vez mais matéria manipulável, é preciso encarar essas “verdades” produzidas nos laboratórios de Medicina das universidades para perceber os modos como esses saberes e práticas vem construindo sentido e perpetuando relações de poder no seio da sociedade e mesmo no interior do próprio curso, sobre o que pode o corpo, dado que todas as práticas educativas eugênicas e higiênicas que foram legitimadas pela biologia moderna, se encarregaram pelo controle e disciplina dos Corpos a fim de modelar a normalidade e a ordem desde então. (ZOBOLI; MEZZAROBÀ, 2019). A partir desse pensamento político se instaura o governo da vida, ou a biopolítica. A esse respeito:

A biopolítica diz que o humano se constitui politicamente a partir de uma gestão dos corpos – e que portanto, trata-se de uma política de corporalidade, de corporização, do que faz do corpo e da vida um terreno sobre o qual se estampam normas e formas de vida normativa (GIORGI, 2016, p. 39).

Essa ideia de controle e gestão dos corpos via estabelecimento de regras, ganha força na Modernidade e se faz presente nos estudos de Michel Foucault. Em sua genealogia, o filósofo nos leva ao entendimento de que este período histórico foi responsável por instaurar políticas específicas de controle e regulação dos corpos, inclusive no sentido de criar um poder disciplinar dominante. Em termos foucaultianos:

Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriinha, o desarticula e o recompõe. Uma ‘anatomia política’, que é também igualmente uma ‘mecânica do poder’, está nascendo, ela define como se pode ter domínio sobre o

corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos 'dóceis'. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças 'em termos políticos de obediência' (FOUCAULT, 2005, p. 119).

Na concepção do autor, as instituições educacionais – Estado, escola, religião, hospital, prisão, família etc. – não funcionam apenas como espaços de circulação de corpos. Todas essas instituições, se estruturam como espaços/tempos de (re)produção e educação dos corpos; buscando a manutenção de uma ordem desejada. Neste sentido, “[...] o Ser dobrado não é uma questão de corpos, mas de locais fabricados” (ROSE, 2001, p. 50) e esses locais fabricados atuam pedagógica e politicamente para a transmissão de um conjunto de técnicas corporais, gestos, hábitos, modos culturais de se comportar e de utilizar o corpo (MAUSS, 2015).

[...] o soldado tornou-se algo que se fabrica; de uma massa informe, de um corpo inapto, fez-se a máquina de que se precisa; corrigiram-se aos poucos as posturas; lentamente uma coação calculada percorre cada parte do corpo, se assenhora dele, dobra o conjunto, torna-o perpetuamente disponível, e se prolonga, em silêncio, no automatismo dos hábitos; em resumo, foi ‘expulso o camponês’ e lhe foi dada a ‘fisionomia de soldado’. (FOUCAULT, 2005, p. 117-118).

Esta forma de exercício de poder capaz de operar na docilização dos corpos, e forjar o sujeito próprio à Modernidade, Foucault chamou de disciplina, uma arte do detalhe que articulou uma política de coerções com base no fechamento e ordenamento dos espaços e, sobretudo, na vigilância. Vale salientar ainda que não se trata de cuidar do corpo de modo genérico, mas de trabalhá-lo detalhadamente, (FOUCAULT, 2005).

Sem embargo, a análise que faz Foucault a respeito dessa forma de poder que se estabeleceu nesse período, e que configurou as relações entre os indivíduos de modo que o poder fosse exercido de formas diferentes, o autor denominou de macrorrelações e microrrelações de poder. Para Foucault, as primeiras seriam aquelas estabelecidas entre os indivíduos, o Estado e as instituições; e, as segundas aquelas que ocorriam apenas entre indivíduos.

Corroborando com o pensamento de Foucault; na sua obra intitulada “Variações sobre o corpo”, Michel Serres ao retornar ao questionamento de

Nietzsche, perguntar-se “o que podem nossos corpos”²⁴ encontra como resposta a questão: “quase tudo”. Parece que o filósofo francês foi assertivo na sua conclusão, pois sabemos que nem todos os corpos podem quase tudo. Diríamos que, corpo algum pode tudo, e, o fracasso na busca pela sua imortalidade talvez seja uma evidência desse “poder fracassado”. Na prática, é possível dizer que pouquíssimos corpos podem quase tudo. Por trás dessa questão colocada por Serres, que no nosso ponto de vista, se relaciona diretamente com a própria ideia de liberdade do sujeito, aquele que é responsável por gerir suas próprias ações, existe uma infinidade de pressupostos jurídicos que atravessam e se sobrepõem a ela, via força política, de governo. Como vimos até o momento, o corpo está mergulhado num campo político onde as relações de poder o alcançam de forma imediata; elas investem, marcam, dirigem e exigem desse corpo sinais (FOUCAULT, 2005). Frente as normativas jurídicas e da ciência médica, como em um campo de batalha, o corpo “clama” por liberdade.

Ademais, a medicina enquanto política desempenha a função de agência responsável por gerir não só o corpo do médico (que se mantém subordinado aos documentos e órgãos oficiais que exercem controle via conselhos e códigos médicos), mas pela gestão do corpo do aluno enquanto aprendiz da prática médica, que na sua função é “obrigado a se manter passivo” a normatização institucional; *“el primer aprendizaje de los alumnos es, precisamente, ser alumnos, condición aprehendida a fuerza de regulaciones, reglamentaciones y regularidades que las escuelas enseñan”* (GALAK, 2017, p. 193).

Juntando-se a isso, ao longo da trajetória da medicina percebemos o quanto a simbologia presente na prática médica se expandiu e criou toda uma estética do devir médico. Assim sendo, podemos encontrar nos arquivos médicos uma vastidão de símbolos e significados. As histórias médicas revelam, em suas múltiplas formas, aspectos culturais que organizam, institucionalizam e controlam não só os cuidados

²⁴ No seu livro *Ética*, III, 2, escólio, Espinosa critica a cultura racionalista da filosofia declarando “nós nem sequer sabemos o que pode um corpo”. “Esta declaração de ignorância é uma provocação: falamos da consciência e de seus decretos, da vontade e de seus efeitos, dos mil meios de mover o corpo, de dominar o corpo e as paixões [...] Como nos dirá Nietzsche, espantamo-nos diante da consciência, mas ‘o que surpreende é, acima de tudo, o corpo...’” (DELEUZE, 2002, p. 23-24). Posteriormente Deleuze e Guattari se apropriam destas questões e se perguntam: o que pode um corpo? A partir deste questionamento elaboram o conceito de “corpo sem órgãos” (CsO). A luta do CsO é exatamente contra os poderes que querem construir um território funcional na luta pela construção de um território existencial.

com a saúde, mas também a própria maneira como se estruturam as especialidades médicas e as habilidades dos profissionais médicos.

O olhar do médico sobre um sintoma é dotado de sentido, mas compete a ele enquanto profissional dar a sua significação mediante induções da ciência médica. Assim, o sintoma é uma espécie de criação simbólica, é um signo usado pela medicina que toma lugar numa descrição, como no caso da elaboração do diagnóstico ou quadro clínico do paciente (BARTHES, 2001). Exemplificando, para Foucault (2005), uma das características marcantes do exame é o seu “ritual”. Para a sua realização é preciso “descer” aos detalhes, obedecer a um cerimonial cujo script deve ser seguido à risca. Em outras palavras, o ritual de “examinar” estabeleceu um “modelo padrão” de identificação, diferenciação e direcionamento para as ações/intervenções sobre o corpo do paciente, dado que desde a sua concepção “foi definido” quem deveria realizá-lo e os passos a ser seguido. Assim sendo, o exame tornou-se o método mais eficiente para se conhecer a “verdade” sobre o paciente em virtude da observação minuciosa do seu corpo, constituindo-se numa força capaz de realizar, num só mecanismo, a formação de saber e o exercício do poder, onde a ação do paciente torna-se limitada, objetivando sujeitá-lo às “verdades” de um campo de saber (neste caso, a medicina), que ao mesmo tempo, ele ajuda a construir. Um outro exemplo é a anamnese, documento usado para o relato de caso, aplicado no atendimento preliminar, contendo um conjunto de informações que compõem a história clínica do paciente. É sobre este material que o médico se debruça na tentativa de transformar as queixas dos pacientes em um texto clínico, ou seja, atribuir significação, um diagnóstico. Para Cardoso (2000), a anamnese parece ser incapaz de descrever fielmente a vida do paciente, uma vez que a experiência de vida dele resume-se ali a um conjunto de códigos que é próprio da linguagem da medicina e não do sujeito/paciente. Os termos do prontuário médico, as cores das vestimentas que variam da clínica para o centro cirúrgico funcionam como símbolos. O processo cirúrgico não passa de um grande cerimonial; a gestualidade, o silêncio, o manuseio ordenado e coordenado dos instrumentos, a organização das ações, enfim.

Ademais, nesse “mundo hospitalar” a doença torna-se protagonista e a partir dela é possível produzir novos saberes, “um novo texto”. Vale salientar que neste ambiente, o saber científico se sobrepõe ao saber e as experiências de vida do indivíduo; é onde se legitima o uso da técnica que orienta os profissionais a

tocar/manipular o corpo; como vimos é um espaço de hierarquia, ordem, rotina e identificação — pelo número de registro, enfermaria, leito, patologia. É um mundo organizado de forma tão peculiar, que à medida que o indivíduo penetra no seu interior vai ganhando outra identidade, a de “paciente”. Para Kruse (2003), o percurso em direção ao tornar-se paciente inicia com um banho, uma simbolização ao desapego a tudo que fica lá fora, à outra vida, o que prossegue com o vestir a roupa do hospital; com o ato de se desfazer de seus objetos pessoais; ser objeto de uma ficha médica e alvo de determinadas atribuições que outros estabelecem; não ter direito à correspondência privada; ter um lugar e hora certa para cada atividade — momento de calar e falar, de dormir e comer, até mesmo ficar sem comer, entrar e sair — ter atribuições quanto à limpeza e ordem na enfermaria. A construção desta identidade está ligada ao século XVIII, momento em que ocorre a ruptura no saber médico com o advento da medicina científica. A medicina científica traz consigo novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais, direcionando o olhar clínico para o corpo, representado como o lugar da doença, permitindo assim que as “verdades patológicas” fossem reveladas pela ciência.

Por conseguinte, nesse processo de mediar, de “ver o corpo por dentro”, os olhos, as mãos, os órgãos, enfim, o corpo do aluno de Medicina parece necessitar de treino, de “ser educado”, “disciplinado” para desempenhar sua função, dando continuidade ao rito de forma homogênea. Na concepção de Galak (2019, p. 47) “[...] *el cuerpo político y estético correcto es el cuerpo universalizadamente homogéneo*”. Neste sentido, a Medicina é política, da mesma maneira que o médico o é, porque cabe a eles a função de inspetores do corpo. São eles que por meio de métodos, técnicas e procedimentos estabelecem formas de disciplina e controle sobre a vida, e consequentemente pela homogeneização das práticas sobre os corpos.

Órgãos como a Organização Mundial de Saúde, os Conselhos e Comitês Federais ou mesmo as grandes Universidades de Medicina são responsáveis pela regulamentação e vigilância não só dos aspectos físicos, mas dos aspectos sociais, econômicos e morais como já dissemos. Em última instância, parece competir a eles não só o “poder sobre a vida”, mas a “verdade” sobre ela. Fato é que, dificilmente vemos questionamentos referentes aos erros que ocorrem nos procedimentos médicos que não dão certo, nas interpretações equivocados para elaboração de diagnósticos ou laudos médicos, até porque, a premissa sustentada pela Medicina pauta-se na ideia de que “o organismo não mente”, logo a medicina também não.

Portanto, a prática médica ao mesmo tempo em que estabelece uma estética singular, ela disciplina os corpos via educação. Assim, a medicina exerce sua força e poder por meio de um saber, “o saber médico” que toma forma e se propaga por meio dos discursos que são produzidos politicamente desde a modernidade por ela própria. Desse modo, o corpo do aluno de medicina, o corpo do professor de medicina, o corpo do médico, o corpo do paciente são corpos “educados”, “controlados” e “vigilados”, mantidos “cativos” e “submissos” a esses discursos. Como nos lembra mais uma vez o filósofo Michel Foucault:

O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (FOUCAULT, 2005, p. 143).

Logo, pensar o corpo na educação, em especial no interior da ciência médica é compreendê-lo como espaço de disputa política e estética dado que esse corpo enquanto território (topos) é demarcado, posicionado, instituído, por meio de um regime de dispositivos, olhares e técnicas que se estendem pelas diversas práticas médicas que atuam e exercem poder sobre ele.

Neste item da pesquisa, tentamos responder de forma breve o que seria “educar um corpo”; esforçamo-nos a desenvolver a questão no âmbito da ciência médica, já que o nosso objeto de estudo está diretamente associado e atravessado por essa questão. Acreditamos que todas as vezes que nos debruçamos sobre temáticas desse tipo no campo da Educação, criamos uma abertura maior para novas possibilidades com relação ao que estar por vir, pois como nos lembra Deleuze (2005), o pensamento pensa o passado, mas para se libertar do que ele pensa no presente é necessário 'pensar de outra forma' o futuro. E, já que não existe relação de poder sem resistência e que toda relação de poder implica em pelo menos uma estratégia de luta (FOUCAULT, 2005), resistir consiste em desarticular "modos de ensinar" já "assujeitados" e naturalizados, desestabilizando assim, os fluxos tecnológicos e de governo que “educam/disciplinam”, “produzem” e “distribuem” os corpos.

4.2 DA RELAÇÃO CORPO E CIÊNCIA

Pensar o corpo é outra maneira de pensar o mundo e o vínculo social; uma perturbação introduzida na configuração do corpo é uma perturbação introduzida na coerência do mundo (LE BRETON, 1995, p. 65).

Etimologicamente, a palavra ciência significa “conhecimento”, e este é de certa forma biológico. Assim, questionamos: Não existiria ciência no próprio corpo? Ora, entendemos que sim. A ciência “oficial” é pautada tradicionalmente pelo modo de compreender e analisar o mundo através de um conjunto de técnicas e métodos; razão pela qual se convencionou a validar como sendo “verdadeiro” e confiável apenas os conhecimentos que são submetidos ao crivo do método científico, em suma, tal premissa é baseada no fato de que todo o conhecimento que escapa ao método hipotético dedutivo, “não é digno de validação”. Neste ponto, ressaltamos mais uma vez a existência de outras formas de conhecimentos; advogamos que tais racionalidades não devem ser deslegitimadas ou menosprezadas por conta da própria limitação do método científico “oficial”.

Com relação ao corpo, dada a complexidade conceitual que se estabelece quando tratamos sobre este, principalmente no que diz respeito a sua descrição, optamos nesse estudo em compreendê-lo enquanto um conjunto de diferentes racionalidades; pois entendemos que o corpo não está restrito a uma única descrição ou interpretação.

Dito isto, a partir desse momento nos debruçamos sobre a análise da relação existente entre corpo e ciência com o intuito de engendrar-se de forma breve pelos caminhos que constituem essa relação, e, embora entendamos que a ciência não nasce no Renascimento com Descartes, a prudência sugere que façamos um recorte temporal para pensar esta a contar da modernidade, identificando a consolidação de uma ideia de corpo-máquina²⁵ que se tornará fonte de inspiração para outras práticas, como por exemplo as médicas. A medicina se caracteriza historicamente como um dos territórios de maior expressão e conservação cultural

²⁵ De forma geral, podemos considerar o seguinte: com a anatomia e a física clássica veio à analogia do corpo a um relógio; com a fisiologia moderna veio a analogia com a máquina à vapor, e com a engenharia genética, a biotecnologia e a informática aplicada a biologia, veio o corpo equiparado ao armazenamento de um chip. Sendo assim, respectivamente o corpo foi reduzido ao seu conjunto de membros e órgãos; depois aos seus sistemas (respiratório e circulatório) e, por ora, a sua molécula de DNA (GALAK, ZOBOLI e MANSKE, 2020).

da redução do ser humano à condição de matéria biológica com a finalidade de transformá-lo em um objeto da técnica a fim de melhorar seu rendimento. Por tal motivo, talvez a medicina seja a prática na qual mais se utiliza a metáfora do corpo como máquina. Logo, aqui nos interessa pensar em como os discursos e práticas sobre o corpo, constitutivos da ciência moderna, que influenciaram o campo da cultura, estabeleceram novas formas de lidar com o corpo via ciência médica na contemporaneidade. Daí a importância, a necessidade e mesmo o dever de pensar esses conhecimentos sobre o corpo na ciência. Autores como Zoboli; Manske e Dantas Júnior acreditam que:

A ciência criou políticas que normatizaram e normalizaram os usos do corpo e da população. Com a modernidade nasceu também o direito de exterminar o outro legitimado pela racionalidade da ciência que autoriza a morte via construção da fobia do outro. A modernidade criou políticas que justificaram o apagamento de corpos sob a certificação da ciência – a modernidade fez “sombras” com suas “luzes” (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JÚNIOR, 2019, p. 7).

É sabido que a modernidade representa até os dias de hoje, o cenário que propaga o discurso por meio do qual os vínculos que sustentavam a relação corpo e natureza sofreram uma cisão. Desta forma, com o desenvolvimento do método científico moderno surgem os expoentes da ciência renascentista que modelaram o mundo com a descoberta das leis empíricas. Assim:

Os anatomistas antes de Descartes e da filosofia mecanicista fundam um dualismo que é central na modernidade e não apenas na medicina, aquele que distingue, por um lado, o homem, por outro, seu corpo (LE BRETON, 2003a, p. 18).

Segundo o referido autor, Descartes ao apresentar sua ideia de cogito “prolonga historicamente a dissociação implícita do homem com seu corpo despojado de valor próprio” (LE BRETON, 2003a, p. 18).

Ao afirmar que “o corpo é uma máquina”, o filósofo francês, parece “escancarar” para a humanidade, em especial para a ciência médica, que o poder sobre a vida e a morte estaria sobre a suas próprias mãos. Assim, o progresso científico validou o conhecimento no âmbito da razão e limitou-o ao mundo físico, observável e mensurável. Desta forma, “a revolução iluminista procurou, como vetor da modernidade, tirar o corpo das mãos de Deus e colocá-lo na mesa para dissecá-

lo e desmontá-lo em partes via postura da ciência metódica”. (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JÚNIOR, 2019, p. 3).

Todavia, com a “morte de Deus”, o corpo passa a ser visto como elemento materializado, dessacralizado, espaço autorizado de novas possibilidades de intervenções, local do agir da “mão do homem”. Não podemos negar que os avanços mais consideráveis no que tange ao domínio do corpo e sua natureza começaram a surgir a partir do Renascimento – Idade Moderna. No início deste período, há um movimento de mudança nos modos de ver e pensar o mundo. Deus deixa de ser o centro do universo – teocentrismo – e o homem ocupa seu lugar – antropocentrismo. Para caracterizar essa permuta, o homem teve que tirar a natureza das mãos de Deus e então inventar técnicas para dominá-la e manipulá-la. A partir de então, “o corpo é cada vez mais visto e tratado como obsoleto pela ciência e pela sociedade”. (LE BRETON, 2003a).

Quando a ciência se apropria do corpo a partir do Körper ela cria no sujeito uma representação de corpo onde o indivíduo ocupa um lugar de objeto/coisa e não de ator, ou seja, de um ser humano/corpo inscrito a partir de sua história/trajetória. O corpo passa a ser apenas um evento mecânico fruto de sua estrutura anatômica pautada no cadáver em detrimento de uma “anatomia viva” que “in-corpore” a subjetividade e a intencionalidade. (ZOBOLI; CORREIA 2013, p. 5).

Contudo, à proporção que objeto e sujeito estão igualmente comprometidos neste projeto de racionalidade presente no espírito da ciência moderna, o corpo passa a ser “sacrificado” pelas mãos dos cientistas a fim de descobrir suas respectivas funções falidas. Além do mais, o olhar sobre o corpo, passa a ser devidamente “armado” com aparelhos especiais; tanto que, este passa a ser concebido como algo imperfeito, incompleto. A cultura moderna foi responsável por desenvolver uma ideia de “amor- ódio” com relação ao corpo; de forma contraditória, ele passa a ser repellido, inferiorizado, mas ao mesmo tempo, desejado, retificado e alienado. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985).

Vale ressaltar ainda, que o controle sobre a natureza corpórea ganha novas nuances a partir da experimentação. A máquina, uma vez desvendada, dá à ciência o poder de manipulação sobre o corpo. Desse modo, a objetividade do pensamento positivo, se estabelece numa posição superior àquilo que era considerado metafísico, passando assim a intervir de forma efetiva e metódica nos mais variados processos

referentes ao corpo, como por exemplo, na morte deste. Assim, “com o auto rebaixamento do homem ao ‘corpus’, a natureza se vinga do fato de que o homem a rebaixou a um objeto de dominação, de matéria bruta”. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 109).

Juntando-se a isso, o saber anatômico, construído a partir do cadáver, transforma o corpo em objeto de conhecimento que se dispõe à ciência, como matéria a ser totalmente manipulada, inclusive em partes isoladas, e explicada a partir da lógica mecanicista, segundo a qual o corpo se organiza em vários sistemas autônomos. O conhecimento sobre/do corpo, assim organizado, permite, através de sua objetividade, estabelecer parâmetros de normalidade, a partir dos quais se ditam modos de tratá-lo e educá-lo, como foi discutido no item anterior.

Ademais, ao libertar o corpo da natureza, rompe-se com as amarras que o prendia a um sistema que não mais condiz ao seu contexto e, neste momento, grande agitação se inicia na busca de “muni-lo” com todos os elementos capazes de intensificar a matéria e sua materialidade. O corpo, concebido a partir das lógicas mecanicistas ganha mais espaço nos discursos médicos, que, por sua vez, através de uma representação de racionalidade objetiva e científica, influenciam e servem de base de sustentação para o domínio dos limites naturais do corpo via ciência.

Contudo, se recorremos a Literatura, como já fizemos no início dessa escrita, iremos nos deparar mais uma vez com o doutor Victor Frankenstein, personagem de Mary Shelley que mantinha o desejo de realizar um projeto dentro do espírito positivo da ciência, para a construção de um corpo/homem perfeito. “Por mais que se tenha feito, muito mais eu alcançarei. Desbravarei novos caminhos, explorarei forças desconhecidas e revelarei ao mundo os mistérios da criação”. (SHELLEY, 2004, p. 47).

No entanto, apesar das pretensões de Victor em vir a ser o primeiro a romper os laços entre a vida e a morte, tornando-se assim o “criador”; percebe-se no conto de Shelley que o controle da natureza corporal se transformou em um verdadeiro fracasso, pois as carnes mortas coletadas no cemitério comprometeram o seu projeto positivo de uma criação superior e ele prova do sentimento de frustração. Naquele momento, o domínio da ciência não pareceu suficiente; assim, a análise dos processos de decomposição e apodrecimento naturais do corpo humano num certo sentido o traiu. O corpo que era considerado o lugar de beleza e força, torna-se alimento para os vermes. Nas palavras do Dr. Frankenstein:

[...] Via de perto como a forma humana se degradava e se corrompia gradativamente. Assistia à podridão da morte se espargindo sobre a face florida da vida. E via essa coisa maravilhosa que é um olho, ou um cérebro, tornar-se a fonte de nutrição de um verme. (SHELLEY, 2004, p. 51).

Por conseguinte, o romance de Shelley se caracteriza como sendo uma crítica de certa forma, ao estatuto investigatório da ciência. A grande ambição da ciência médica moderna, estava pautada em extrapolar o campo da observação e descrição com propósito de compreender a vida para dominá-la integralmente, “ressurreição! Sim, isso seria nada menos que o poder de ressurreição” (SHELLEY, 2004, p. 53).

Continuamente, a representação anatômica, fisiológica e genética, que constituem o que chamamos atualmente de “metáforas do corpo”, são elas responsáveis por criar e educar uma objetividade do olhar sobre ele, em sua materialidade, em suas estruturas e em sua organização. Para a ciência médica, o corpo anatomizado nada mais é do que um constructo de um corpo genérico, uma espécie de gabarito, que mostra como as partes devem estar combinadas no corpo humano; analogamente à combinação de peças que, montadas, compõem a totalidade de tal forma como a máquina cartesiana.

A ciência médica em especial, possui certa “habilidade” de olhar o corpo enquanto um artefato mecânico e o cadáver humano como um simples objeto de estudo. Assim, numa mesa de dissecação por exemplo, o cadáver apresenta a morte, mas não é ele um morto. Ele é apenas o corpo anatômico, um instrumento de um discurso científico criado mediante uma técnica, a dissecação. Logo, diante de um substrato dado, a pretensão da técnica anatômica para com o corpo, se resume em torná-lo visível e explorá-lo geograficamente, ao passo que não estaríamos exagerando se afirmássemos que a prática parece ser bem mais investigatória do que clínica.

Pois bem, o projeto moderno que apostou no desejo de futuro, e na ideia de antecipação possível, estruturou meticulosamente por meio do seu discurso uma visão fragmentária de corpo. Como vimos, o pensamento moderno referiu-se ao corpo humano como um corpo ausente; apenas quando é danificado ou quando adoece o corpo se faz presente, sendo assim percebido pela consciência como um outro. Por consequência, é possível perceber que o tratamento dado ao corpo e a forma com que este é visto atualmente, continua sendo a mesma já estabelecida

anteriormente, o que vemos na contemporaneidade é o mesmo corpo fragmentado e esquartejado pela própria ciência que pretendeu desde do início medi-lo, conhecê-lo, mapeá-lo. E, apesar dos avanços proporcionados pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento da ciência, o homem parece continuar sendo reduzido ao prisma objetual corpóreo, fazendo com que ele se esqueça de certo modo de si mesmo.

Durante o longo processo que media a relação corpo/ciência, o que mais nos chama a atenção é perceber que não foram os acidentes que ocorreram devido as incertezas da ciência – lugares de um medo identificável que nos perturbaram mais profundamente, mas, “as vitórias obtidas”. Com as revoluções que ocorreram nos últimos séculos e com o advento da tecnologia, a contemporaneidade se configura como um tempo em que as coisas acontecem antes de terem sido desejadas. A ideia de “novo” que se instaura como valor de investimento do nosso mais imediato ontem, é também o nome da angústia do nosso hoje. As perguntas a serem feitas a ciência são: Que humanos somos nós? O que é hoje nosso corpo?

Em sua reflexão sobre a ciência na contemporaneidade, Fourez (1995, p. 298) afirma que, “a ciência se isolou das reflexões sobre o ser humano, sobre os valores éticos e mesmo sobre seus próprios fins”. Sendo assim, parece ser fundamental que os indivíduos estejam aptos para avaliar os discursos a respeito das potencialidades, mas também dos perigos das propostas científicas e tecnológicas com relação as manipulações do corpo, visto que “a superioridade do homem está no saber, disso não há dúvida” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 5).

4.3 DA RELAÇÃO CORPO, TÉCNICA E TECNOLOGIA

O homem é livre porque é biologicamente deficiente, porque não é codificado de uma forma rígida pelos instintos. Assim, a liberdade é sua indeterminação biológica. Somos livres exatamente porque não somos codificados pelos instintos, ao contrário do animal, que, a partir do momento em que nasce, sabe tudo o que tem de fazer até a sua morte (GALIMBERTI, 2015, p. 4).

Inicialmente assumimos que há entre ciência e técnica uma estreita interdependência. A técnica depende da ciência, da qual é somente uma aplicação: o ser humano só pode atuar sobre o mundo se conhece as leis que o regem (do conhecimento das leis se faz uso delas). Porém, a ciência depende da técnica e em certo sentido é engendrada por ela: o humano se esforça para saber para poder

atuar. A ciência busca conhecer o mundo, a técnica e a tecnologia tratam de modificá-lo.

Pensaremos a partir de agora a respeito da relação entre corpo e tecnologia, bem como suas implicações sobre o corpo. Para tanto, optamos num primeiro momento por analisar brevemente algumas questões conceituais referente a tecnologia e o surgimento da técnica como instrumento utilizado pelo homem para o domínio da natureza; no momento seguinte refletiremos sobre como essa questão se relaciona com a própria ideia de manipulação do corpo na Modernidade.

Todavia, pensar em tecnologia como um produto da “*techné*”²⁶, é compreendê-la não como sendo a mesma coisa, mas enquanto complemento uma da outra, como bem salientou Mário Bunge (1985), dado que uma parece resultar do desenvolvimento histórico da outra. Dessa forma, a tecnologia seria “[...] a técnica embasada na ciência” (CUPANI, 2016, p.14).

Ao falarmos de tecnologia, nos referimos antes de tudo a uma realidade com múltiplas faces, talvez seja por este motivo que ocorre uma “confusão” conceitual, dado a sua relação íntima com a técnica. Aqui, usamos a definição de tecnologia de Cupani. Para o autor:

Aquilo que denominamos tecnologia se apresenta, pois, como uma realidade polifacetada: não apenas em forma de objetos e conjuntos de objetos, mas também como sistemas, como processos, como modos de proceder, como certa mentalidade... De modo evidente, tudo ou quase tudo a que nos referimos ao falarmos da tecnologia tem alguma vinculação com o que denominamos técnica” (CUPANI, 2016, p. 12-13).

A partir da leitura de Rose (2001), por exemplo, indagamos a respeito da tecnologia enquanto fundamento, como presença plena e como lugar natural e fixo, que permite a projeção de um sentido teleológico, cuja origem pode ser “desocultada”. Na sua genealogia da subjetivação²⁷, o autor chama a atenção para as técnicas produtoras da experiência humana; afirmando que essas técnicas “[...] não nos chegam prontas, mas têm que ser inventadas, refinadas e estabilizadas, para serem disseminadas e implantadas, sob diferentes formas, em diferentes

²⁶ Termo grego, utilizado para se referir à capacidade de produzir um objeto/artefato por meios racionais. O artefato sugere algo artificial e denota algo produzido/feito com arte (arte-fato).

²⁷ “Como se deve fazer a história do eu? ”.

práticas” (ROSE, 2001, p. 36). Para o autor, é necessário questionar os investimentos e projetos que visam instalar um modelo único de indivíduo.

Se referindo as tecnologias, ele indaga:

[...] que meios têm sido inventados para governar o ser humano, para moldar ou orientar a conduta nas direções desejadas e como esses programas têm busca do corporificá-las sob certas formas técnicas? A noção de tecnologia pode parecer antitética ao domínio do ser humano: a suposta indesejabilidade da tecnologização do caráter humano tem servido de base para uma série de críticas à sociedade tecnológica contemporânea. Entretanto, a própria experiência que temos de nós como constituindo certo tipo de pessoa -criaturas de liberdade, de poderes pessoais, de auto-realização - é o resultado de uma gama de tecnologias humanas, de tecnologias que tomam modos de ser humano como seu objeto (ROSE, 2001, p. 37-38).

Em seu texto, Rose insiste em uma análise das tecnologias humanas a qual denomina também de móvel e polivalente. Segundo o próprio autor, a sua investigação não parte da concepção de que a tecnologização da conduta humana é maligna; ele apenas enfatiza e sustenta a ideia de que “[...] as tecnologias humanas produzem e enquadram os humanos como certos tipos de seres cuja existência é simultaneamente capacitada e governada por sua organização no interior de um campo tecnológico. (ROSE, 2001, p. 38).

Retomando a nossa reflexão inicial a respeito do surgimento da técnica, vale ressaltar que o saber e todas as aquisições humanas foram e são consequências de intervenções aprendidas por meio do corpo. A inferência do aspecto técnico, “tecnicidade” do homem é caracterizada não apenas pela sua relação com a construção da ferramenta, antes disso, há de certa forma outro instrumento fundador: “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Modelado conforme os hábitos culturais, ele produz eficácias práticas”. (Mauss *apud* Breton, 2007, p. 39). Consequentemente, diferente do corpo instintivo do animal, que nasce pronto, o corpo humano ao nascer, é um caos grávido de possibilidades e limitações. Neste sentido:

[...] de certo modo, a técnica pode ser considerada a própria essência do homem. Porque o homem é um ser vivo privado de instintos. A definição tradicional de “animal racional” é substancialmente inadequada, pois falta-lhe a característica essencial do animal, o instinto. (GALIMBERTI, 2015, p. 3)

Segundo o autor acima citado, por não ser o homem dotado de instintos, de respostas rígidas aos estímulos ele só consegue sobreviver na natureza quando se torna “imediatamente técnico”. Desta forma, é pelo princípio da necessidade de sobrevivência que o homem desenvolve a técnica nos seus moldes iniciais.

Continuamente, a *techné* grega que surge paralelo à Filosofia, era uma atividade interessada na solução dos problemas práticos, em servir de guia para os homens na sua luta para melhorar e aperfeiçoar a sua própria sobrevivência. Talvez pudéssemos chamá-la de técnica altamente desenvolvida com relação ao seu estágio inicial. Deste modo, a palavra grega “*techné*” é caracterizada como uma conduta certa numa atividade específica e que subordina a uma série de conhecimentos repassados através da educação. Percebe-se que a forma de conceber a “técnica” na Grécia antiga, já trazia uma ideia do que posteriormente se desenvolveria e chegaria ao que denominamos de “tecnologia”. No entanto, é válido mencionar que tanto a técnica como a tecnologia derivam da “*techné*”, que se refere à capacidade de produzir um objeto/artefato por meios racionais, ou seja, pela ciência.

Juntando-se a isso, a tragédia e a mitologia grega nos fazem entender um pouco mais sobre a questão do surgimento da técnica e do domínio da natureza pelo homem. Diferentemente do que pregava o pensamento judaico-cristão da época, que tomava como base o livro de Gênesis para afirmar que a natureza era obra da criação de Deus, e que “foi entregue aos homens para seu sustento e para exercer sobre ela seu poder” (GALIMBERTI, 2015, p. 5), para os antigos filósofos gregos, isso era algo inconcebível, uma vez que a natureza é completamente imutável e que não seria obra de Deus algum.

A tragédia de Ésquilo, intitulada originalmente de “Prometeu Agrilhoado”²⁸ e a Teogonia de Hesíodo nos fazem deduzir que essa “entrega da natureza ao homem” sustentada pelos princípios da religião cristã, não foi tão passiva e harmoniosa assim. Segundo Galimberti:

Na tragédia de Ésquilo a qual nos referimos, Prometeu, o amigo dos homens, dá-lhes o fogo com o qual eles podem transformar metais e produzir ferramentas. Dá-lhes a capacidade de cálculo, previsão em alguns aspectos, os princípios da operacionalidade técnica. Neste ponto, no entanto, Zeus ficou com medo de que os homens, através

²⁸ “Além disso — atentai bem — dei-lhes o fogo”, lê-se em Prometeu agrilhoado (Ésquilo 1992c: 45, v. 252).

da técnica, pudessem se tornar mais poderosos que os deuses. Nesta passagem, já parece óbvio o conflito entre religião e ciência. De fato, com a ciência e com a técnica é possível obter o que antes era necessário pedir aos deuses. Então Zeus pune Prometeu: amarra-o a uma rocha com uma águia que lhe devora o fígado, que continuamente se regenera para garantir o castigo eterno. (GALIMBERTI, 2015, p. 5).

A tragédia não se apoia somente nos acontecimentos do mito, assim como, não os toma como uma verdade histórica, mas “rastreia” os motivos do acontecimento no agir do homem. Desta forma, os mitos são importantes e devem ser analisados com atenção, pois neles existem ciência e conhecimento (GALIMBERTI, 2015). Fazendo uma interpretação complementar do mito, “o fogo de Zeus é a metáfora da técnica e da ciência que instrumentaliza a espécie humana a conseguir por si aquilo que doravante suplicava aos deuses” (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JUNIOR, 2019, p. 5).

Com relação ao poder soberano de Zeus e a punição de Prometeu por “roubar” o fogo/técnica, na Teogonia, (HESÍODO, 1995, p. 610) afirma que “[...] Não se pode furtar nem superar o espírito de Zeus pois nem o filho de Jápeto o benéfico Prometeu escapou-lhe à pesada cólera, mas sob coerção apesar de multissábio a grande cadeia o retém”.

Prometeu é caracterizado como aquele que traz a luz à humanidade sofredora, é nesta perspectiva que ele é considerado o herói trágico. O fogo, essa força divina, torna-se símbolo de controle da natureza. Sendo assim, Prometeu representa o espírito criador que penetra e conhece o mundo, que o põe a serviço da sua própria vontade por meio da organização das forças via domínio da técnica/techné.

O nome Prometeu tem na sua etimologia o “*manthánein*” ou “*mêtis*” que não é um mero saber, um mero conhecimento, mas o cálculo, a medida, o “*métron*”. O cálculo, o conhecimento das causas – que é a base das generalizações – é o que faz da *mêtis* “não um empírico experimental, mas um verdadeiro saber: o saber que preside a técnica, e que, portanto, é desde logo *tecno-loghia*” (GALIMBERTI, 2006, p. 268). Prometeu – o que vê primeiro – vê pelos olhos de um saber, de uma ciência (da “mais bela ciência”). O primado da prognose sobre a anamnese confirma o saber decisivo da previsão em favor da construção a partir de um saber técnico, que diferente do saber mitológico não olha para o passado, e sim para o futuro. A base

de toda tecnologia se dá quando a técnica junta o saber (*epistème*) à experiência (*empeiria*), estabelecendo que o saber se dá a partir da prova empírica – logo, a técnica está subentendida na tecnologia (GALIMBERTI, 2006).

A partir do domínio e desenvolvimento da tecnologia na modernidade, o homem passa então a enxergar a natureza não mais como abrigo e, é nesse desabrigar²⁹ que reside o perigo, pois, não sendo mais abrigo à natureza é potencializada de acordo com os seus fins pessoais. Nas palavras de Martin Heidegger:

[...] a verdade é que o homem da era da técnica é desafiado de um modo especialmente claro para dentro do desabrigar. Tal fato se refere, primeiramente, à natureza como um depósito caseiro de reservas de energias... seu modo de representar põe a natureza como um complexo de forças passíveis de cálculo (HEIDEGGER, 2007, p. 386)

Vimos até aqui, que no início o conhecimento do homem sobre a natureza era apenas mítico. Assim, as intempéries da natureza representavam para ele o desconhecido, o sobrenatural. Na Modernidade, há uma “desmistificação”, a razão se liberta da sobrenaturalidade e é impulsionada pelas necessidades colocadas pelos novos modos de se construir a vida, novos esquemas de pensamento e novas práticas: tecnológicas, financeiras, comerciais etc. Neste momento, a figura do homem assume centralidade, e a partir de então cria-se condições para o estabelecimento de novos métodos e novos saberes. Com relação a isso:

Os últimos anos do século XVIII são rompidos por uma descontinuidade simétrica àquela que no começo do século XVII, cindira o pensamento do Renascimento; então as grandes figuras circulares em que se encerrava a similitude tinham-se deslocado e aberto para que o quadro das identidades pudesse desdobrar-se; e esse quadro agora vai por sua vez desfazer-se, alojando-se o saber num espaço novo (FOUCAULT, 2002a, p. 297).

²⁹ Em “A questão da técnica, p. 382, o filósofo vai explicar o que significa essa “quebra entre homem/natureza”. Segundo Heidegger: “O desabrigar que domina a técnica moderna tem o caráter do pôr no sentido do desafio. Este acontece pelo fato de a energia oculta na natureza ser explorada, do explorado ser transformado, do transformado ser armazenado, do armazenado ser novamente distribuído e do distribuído renovadamente ser comutado. Explorar, transformar, armazenar e distribuir são modos de desabrigar”.

Pois bem, concordando com o autor, entendemos que no referido período a forma como o saber se desenrola modifica radicalmente o modo de conceber as coisas. De modo que, na medida que essa nova episteme se estabelecia, a importância do “fazer técnico” avançava. Parece que, mais do que em qualquer outra época, a técnica ganha o seu maior desenvolvimento. Pinto (2005, p. 37) afirma que: “Se no início era o mundo espontaneamente constituído, agora que o civilizado consegue cercar-se de produtos fabricados pela arte e pela ciência, serão estes que formarão para ele a nova “natureza”.

Muitos dos pensadores modernos acreditavam que não seria mais necessário fazer como os gregos, que se limitavam a contemplar a natureza em uma tentativa de capturar as suas leis. Para eles, era necessário agora agir de forma diferente (GALIMBERTI, 2015). Sobre isso, Adorno e Horkheimer afirmam:

Bacon, “o pai da filosofia experimental”, já reunira seus diferentes temas. Ele desprezava os adeptos da tradição, que “primeiro acreditam que os outros sabem o que eles não sabem; e depois que eles próprios sabem o que não sabem (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 5).

A partir do estabelecimento do método científico, que serviria de base para a ciência moderna, o homem cria um modelo específico de produção do conhecimento, “[...] o que não se submete ao critério da calculabilidade e da utilidade torna-se suspeito para o esclarecimento”. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 6). Assim sendo, no início buscou-se tudo explicar por meio do pragmatismo e, até certo ponto, do ceticismo. Entretanto, o controle sobre a natureza na verdade significou o seu descontrole, isto é, aperfeiçoaram-se métodos e técnicas no acelerado processo de industrialização, mas tal instrumental não possibilitou ao homem a compreensão de sua relação consigo mesmo e com a natureza. Logo, “o preço que os homens pagam pelo aumento de seu poder é a alienação daquilo sobre o que exercem o poder” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 7).

Nota-se que enquanto o saber medieval estava imbuído de cristianismo, o novo saber e as tecnologias se colocam no processo de estruturação de uma nova sociedade que se firmou sobre o prisma do pensamento Iluminista. Simbolicamente, a “queda de Zeus e a libertação de Prometeu” na modernidade, remete a própria ideia de libertação da humanidade onde as correntes do Titã assemelhavam-se às correntes da religião, onde o fogo/técnica, ajudaria ao desprendimento da submissão

do homem com relação a natureza. Portanto, há uma cisão via razão da ciência moderna. Tão logo, o eixo epistemológico que se estabelece nesse período pode ser representado grosso modo da seguinte maneira: ciência + técnica = tecnologia (saber é poder). É uma nova epistemologia que surge.

Zoboli e Galak (2018, p. 7) afirmam que “a técnica tradicional associada à ciência com seus métodos experimentais racionais e metódicos, traz imbricada em si a tecnologia”. Assim, cada vez mais na modernidade a ciência vai sendo aceita pela sua capacidade de produzir tecnologia (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JUNIOR, 2019).

Contudo, o processo de evolução do homem permitiu a este produzir sua própria existência a partir das suas interferências por meio da “socialização da natureza”³⁰. Corroborando com o termo anterior, (ADORNO E HORKHEIMER 1985, p. 5) afirmam que “[...] o que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e aos homens. Nada mais importa”. Em vista disso, a modernidade ocidental revestida de uma crescente racionalização instrumental de controle, cindiu o homem em corpo e espírito, assegurando-lhe concretude ao físico/corpóreo. Neste cenário, houve esse redimensionamento da relação homem-natureza. Com efeito, o corpo passou a ser visto como algo secular, sendo o substrato de todas as reflexões científicas.

No intuito de seguir com a nossa reflexão a respeito da relação entre corpo, técnica e tecnologia, faz-se pertinente recorrermos a Mary Sherley³¹ mais uma vez, uma jovem escritora que no século XIX especificamente, retoma o tema da técnica e do domínio da natureza em uma das obras de literatura clássica/gótica mais singulares de todos os tempos. Filha de intelectuais e precursora do movimento feminista, Mary escreve seu primeiro livro aos dezenove anos, *Frankenstein ou o Prometeu Moderno* (1818), que metaforicamente representa os limites da natureza do homem quanto à criação da vida e do conhecimento, ao serem castigados quando tais condições são ultrapassadas e o homem tenta alterar a ordem natural da vida. Vejamos:

[...] com uma ansiedade que quase chegava à agonia, recolhi os instrumentos a meu redor e preparei-me para o ponto culminante do

³⁰ Expressão usada por Anthony Giddens, na sua obra *Modernidad e identidade del yo u la sociedade em la época contemporânea* 1994, para se referir ao fato de que certos fenômenos que antes eram naturais ou que vinham dados pela natureza, na modernidade e pós, passam a ter um caráter social, isto é, dependem das próprias decisões humanas, como por exemplo: A reprodução humana, as transfusões de sangue, os transplantes de órgãos, procriações artificiais, manipulações genéticas etc.

³¹ Mary Shelley é uma escritora britânica que ficou amplamente conhecida por ter escrito a primeira obra de ficção científica: *Frankenstein ou o Prometeu Moderno*, de 1818.

meu experimento, que seria infundir uma centelha de vida àquela coisa inanimada que jazia diante dos meus olhos. A chuva tamborilava nas vidraças. Então, deu-se o prodígio. À luz bruxuleante da vela quase extinta, vi abrirem-se os olhos amarelos e baços da criatura. Respirou. Sim, respirou com esforço, e um movimento convulso agitou-lhe os ombros (SHELLEY, 2004, p. 56).

Na obra de Shelley, a metáfora está no ato de o homem tentar se colocar no lugar do criador e não apenas da criatura. Assim, Mary Shelley ao fazer alusão ao mito grego de Prometeu, ela demonstra de certa forma, a “incompletude” da condição humana e o sentimento de inveja nutrido pela humanidade com relação ao poder dos deuses. Além disso, o conto revela o quanto pode ser arriscado e mesmo trágico para o homem da ciência, provido da técnica desafia e interfere nos limites da natureza. Desse modo, “[...] Prometeu e Frankenstein são assim arquétipos de um corpo que é território de experimentação e, no caso do “monstro” narrado por Mary Shelley, um corpo moderno, um corpo da ciência” (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JUNIOR, 2019, p. 2).

Entendemos que o corpo incompleto, superado pelo uso da técnica criado e propagado pelo mito de Prometeu parece não dar conta de sua proposição de superação. Pelo contrário, percebemos o homem moderno preso as correntes de Prometeu na medida em que não consegue transcender sua condição trágica nesse palco onde a tecnologia passa a ser o próprio mito a ser vivido de modo efêmero. Na perspectiva trágica da qual o mito é parte, na atualidade nos parece que a técnica precisa do mito para se justificar e se sustentar enquanto promessa, porém, está muito distante de superar o seu lado trágico. Assim, arriscamos dizer que ao dialogarmos nesta dissertação com o mito de Prometeu em face à fusão do corpo com a tecnologia encenada, interpelamos os limites das ciências que geram a tecnologia na medida em que ela serve para a proposição de outros mitos, ou seja, nos parece que a condição trágica do homem frente à técnica é insuperável. De modo irônico (ou talvez nem tanto), no final das contas, talvez Martin Heidegger esteja certo quando esboça que “diante da técnica só um Deus pode nos salvar³²”.

Na escrita de Mary, percebe-se o quanto o “cientista” representado pela figura de Dr. Victor, não apenas acreditava nos pressupostos da ciência moderna que havia se firmado, como também se encontrava tomado por uma espécie de “euforia”

³² O filósofo alemão menciona essa frase numa entrevista ao jornal alemão “*Der Spiegel*”, em 1966, quando fala sobre sua convivência com o nazismo e suas ideias políticas.

e encanto a partir da ideia de progresso com relação ao saber técnico e o controle da ciência sobre a vida, o corpo. Observamos isso na seguinte passagem do livro:

[...] — Os antigos mestres desta ciência — disse ele — prometeram o impossível e nada realizaram. Os modernos muito pouco prometem. Sabem eles que os metais não podem ser transmutados e que o elixir da longa vida é quimera. Mas esses sábios, cujas mãos parecem feitas apenas para remexer nas coisas corrosivas e os olhos para olhar através do microscópio, na verdade realizam milagres. Eles penetram no recôndito da natureza e revelam como ela opera em suas funções mais secretas. Eles galgam o espaço. Descobriram o processo de circulação do sangue e a natureza do ar que respiramos. Adquiriram novos e quase ilimitados poderes. E podem comandar o trovão nos céus, reproduzir nos laboratórios os terremotos e perscrutar o mundo invisível. (SHELLEY, 2004, p. 47).

Das considerações apontadas por Shelley através do personagem Dr. Victor Frankenstein, percebemos a dificuldade do homem em dominar e estabelecer os limites do conhecimento presenteado por Prometeu; o homem, a partir do domínio da técnica e desenvolvimento científico, sente-se independente e alienado de certa forma pelo “poder que tem sobre as mãos. “A técnica não é o que há de perigoso. Não existe uma técnica demoníaca, pelo contrário, existe o mistério da sua essência. A essência da técnica enquanto um destino do desabrigar, é o perigo” (Heidegger (2007, p. 390). Sendo assim, parece que o perigo de Victor foi exatamente desafiar a ordem natural, desabrigando-se dela.

Porquanto, do mesmo modo que os homens dos tempos remotos recorriam aos mitos para satisfação das suas indagações, os homens da ciência moderna e contemporânea recorrem aos “oráculos” científicos e tecnológicos para o seu agrado na materialização dos “seus poderes”. O desenvolvimento da ciência e da tecnologia não só possibilitou a intervenção humana sobre o corpo, mas sobre a própria subjetividade humana, uma vez que elas atuam na produção de um modelo específico de “eu”, indivíduo. Nessa perspectiva, vale questionar “sob que formas esse regime do eu foi erigido, sob que condições e em relação a que demandas e formas de autoridade?” (ROSE, 2001, p. 45).

Como vimos no escrito de Shelley, na medida que o homem toma consciência da finitude da vida, essa questão se transforma num problema crucial para a episteme moderna. Numa tentativa de solucionar o infortúnio gerado pela vulnerabilidade orgânica, limitação física e biológica, o homem da ciência passa a

assumir o lugar que anteriormente era ocupado pela divindade, assim ele constrói uma “segunda natureza” via tecnologia.

Percebe-se que a medicina a partir da modernidade valida e confirma o poder da ciência sobre a natureza e a sua ordem. A partir de então, falamos sobre a produção, promoção da vida e adiamento da morte dos corpos a partir dos moldes artificiais³³. Desta forma, a definição do “início e final” da vida, antes determinada pelas leis biológicas “naturais”, deixou de ser condição inamovível; o corpo, antes “sagrado”, “intocável”, passa a ser um “terreno livre” para atuação da ciência. A ela cabe o poder “não só de gerar a vida, mas também de interferir sobre ela, sobre sua manutenção e prolongamento – afinal, o corpo é o lugar da morte. (ZOBOLI; MANSKE; DANTAS JUNIOR, 2019, p. 2).

Em contrapartida, Adorno e Horkheimer (1985), ao fazerem uma análise acerca da ideia desse progresso proporcionado pela ciência moderna sustentada pelo uso da razão iluminista, afirmam que:

No sentido mais amplo do progresso do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores. Mas a terra totalmente esclarecida resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal. O programa do esclarecimento era o desencantamento do mundo. Sua meta era dissolver os mitos e substituir a imaginação pelo saber. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 7).

Para os autores da Dialética, a promessa do esclarecimento não “se cumpriu”. A premissa de que era preciso esclarecer o mundo que vivia sob o prisma da escuridão mitológica não obteve sucesso, pois o mito se transformou em esclarecimento e a natureza foi objetivada. A história transformada em mito parece confirmar e legitimar de certa forma, à ideia do corpo como um objeto que necessariamente precisa ser “mexido” e “manipulado”. Embora, nos lembra Lapoujade (2002, p. 82), “[...] há um fato que, nós, modernos, devemos sempre nos lembrar, e que também pode ser uma resposta. Esse fato, é que o corpo não aguenta mais”. Pensando a partir dessa “exaustão” do corpo, reconhecemos que enquanto a medicina, a farmácia, as políticas de saúde, as tecnologias disciplinares, de controle e de trabalho, as tecnologias de comunicação avançam suas

³³ O progresso científico e médico geraram algumas soluções técnicas que mudaram o significado do Corpo. Algumas técnicas como a das NTRA – Novas tecnologias de reprodução assistida aproximaram cada vez mais a ciência do desejo de criação de vida.

possibilidades em um agir sobre o corpo, é importante o entendimento do projeto de “retirada de potência do corpo”. Com relação a isso:

Tudo se passa como se ele não pudesse mais agir, não pudesse mais responder ao ato da forma, como se o agente não tivesse mais controle sobre ele. Os corpos não se formam mais, mas cedem progressivamente a toda sorte de deformações. Eles não conseguem mais ficar em pé nem ser atléticos. Eles serpenteiam, se arrastam. Eles gritam, gemem, se agitam em todas as direções, mas não são mais agidos por atos ou formas. É como se tocássemos a própria definição do corpo: o corpo é aquele que não aguenta mais, aquele que não se ergue mais. (LAPOUJADE, 2002, p. 82).

O autor, fala de um corpo “esmorecido”, “prostrado” diante da vida; um corpo diminuído, controlado e preso a amarras que lhes são impostas por modelos enrijecidos. Reforçando o pensamento anterior, na obra intitulada “o artesão do corpo sem órgãos”, Daniel Lins realiza uma espécie de encarnação da escrita crua, fecal presente no pensamento de Antonin Artaud. Como diz o próprio autor, “trata-se de engendrar uma escrita no limiar da profundidade do corpo” (LINS, 1999, p. 10). O pensamento de Artaud é importante aqui, posto que durante a maior parte da sua vida, ele esteve em contato e “sob controle” da medicina, inclusive por várias vezes seu corpo foi submetido a procedimentos abusivos e dolorosos, descritos por ele próprio. Posto isso, Artaud irá tecer uma crítica radical contra à medicina, pois para ele o modelo biomédico reduz o corpo unicamente a condição de organismo, castrando, reprimindo e privando o corpo de agir, o-impossibilitando de se expressar, “[...] o corpo que fala através da sua dor, mas que não pode ser compreendido por uma medicina que milita contra o ser, contra a vida” (ARTAUD *apud* LINS, 1999, p. 35). Na concepção de Artaud, a medicina havia se afastado da vida e dos devires, tornando-se uma medicina rígida, de técnicas; não passando de uma máquina fria, a qual não lida mais com corpos vivos, mas com corpos separados, “[...] a medicina da morte da qual, diz ele, é preciso se curar com urgência” (LINS, 1999, p. 35).

Lapoujade, ao analisar não a medicina como fez Artaud, mas a ideia de culpa como dispositivo de controle do corpo sustentada pelo cristianismo, diz:

A invenção da culpa nos Cristãos tem por objetivo tornar o doente ainda mais doente. Tudo é pensado no cristianismo a partir do corpo mártir que toma sobre si os sofrimentos sem nenhuma reação nem exteriorização, mesmo que adiada. Desde então, o sofrimento se

torna sacerdócio, missão, fardo. O cristo é o homem doente, cercado de doentes compadecidos (LAPOUJADE, 2002, p. 85).

Partindo do que nos apresenta Artaud e Lapoujade, questionamos que corpo é esse a ser controlado? Será que podemos pensá-lo sobre o prisma do Devir, ou pensá-lo enquanto um corpo sem órgão numa tentativa de desterritorializa-lo como nos sugeriu o próprio Artaud e posteriormente, Deleuze e Guattari? São questões que nos parece relevantes para o debate contemporâneo a respeito desse corpo científico, “rígido”, porém, “flexível” para o uso e interesse do racionalismo de ciências específicas.

Doravante, pensar o Corpo como algo que vai além da sua constituição física e biológica se tornou objeto de estudo das mais variadas perspectivas, transformando-se em tendência a partir do século XX. Assim, enquanto as ciências da saúde e jurídicas seguem com seus modelos racionalistas numa tentativa de “normatizar” rigidamente os corpos via gerência política, continua sendo fundamental tensionar essas “verdades”. Nesse texto, nos apoiamos nos pensamentos como o de Foucault, Rose, Lapoujade, Artaud, Deleuze e Guattari, entre outros, objetivando com isso a criação de linhas de fugas, no sentido de desestruturar o sistema enrijecido, molar, fechado por princípios impositivos e totalitários que se fixaram a partir da modernidade.

Pensando a respeito desse sistema enrijecido moderno, Zoboli e Mezzaroba afirmam que:

A modernidade criou políticas que justificaram o apagamento de corpos sob a certificação da ciência: os corpos de desaparecidos políticos, o corpo negro, o corpo do índio, o corpo da mulher, o corpo do deficiente, o corpo homossexual, o corpo trans. Os corpos destes grupos podem ser lidos sob as sombras de sua história, sob a escuridão de políticas que os tornaram invisíveis – a modernidade fez “sombras” com suas “luzes”. (ZOBOLI; MEZZAROBA, 2019, p. 8).

Ademais, numa tentativa de desnaturalizar o que foi naturalizado, o pensamento que se desenvolveu e se desenvolve pós-modernidade ganha respaldo no movimento crescente de desarticulação desse corpo mecanizado, fixo e biologizado, responsável por excluir e negar tudo que está fora da normatização, “do normal”.

Voltando para Deleuze e Guattari, o corpo só conseguirá se desvencilhar das amarras impostas pelas normativas políticas, quando de fato houver uma inclinação para o inusitado. Assim, é necessário criar um corpo em abertura ao novo, ao impreciso, aberto aos Devires, para que eles o- povoem. É preciso urgentemente desterritorializar o corpo! (DELEUZE e GUATTARI, 1997). A ideia de Devir para os autores representa o movimento oposto do “deve ser”, ele seria um eterno processo de torna-se. Assim, o Devir é concebido como aquilo que estar sempre por vir, movendo as nossas experimentações, “[...] Devir é rizoma, é contágio” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 19). Em suma, o Devir não se opõe a uma forma, não quer atingir a forma definitiva, dado que nunca se conclui numa forma; nunca atinge, nunca concretiza a forma para qual tende, ele é fluidez. “[...] uma linha de devir não tem começo nem fim, nem partida nem chegada, nem origem nem destino (...) Uma linha de devir tem somente um meio” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 91). Como sugere Deleuze (2002) em “Espinosa e a Filosofia Prática”, é preciso deixar afeta-se pelo próprio movimento. “Um corpo afeta outros corpos, ou é afetado por outros corpos: é este poder de afetar e de ser afetado que define um corpo na sua individualidade” (DELEUZE, 2002, p. 128). Deste modo, o deixar-se afetar, é condição para viver a desterritorialização e, conseqüentemente, a reterritorialização, porque o Devir é um contínuo de intensidades. Logo:

Em resumo, o corpo não se define pela forma dos órgãos nem pela função orgânica, nem como uma substância ou um sujeito, mas pelo movimento e repouso de suas partículas e pelo poder de afetar, ou “pelos afetos de que é capaz” (DELEUZE, 2002, p. 129).

Na obra Mil platôs (2008), só que agora nos seguintes termos: “Como criar para si um corpo sem órgão?”. Seguindo a inspiração de Artaud, Deleuze e Guattari sublinham justamente que o agente constrói no corpo um organismo que pode subordiná-lo “O juízo de Deus”, o sistema do juízo de Deus, o sistema teológico, é precisamente a operação daquele que faz um organismo, uma organização de órgãos (DELEUZE e GUATTARRI, 2008). Assim, os autores “pegam emprestado” o conceito de “CsO” que havia sido usado por Artaud em 1947.

O corpo para Artaud não se resume aos órgãos, ao biológico organizado e sustentado pelas ciências da vida, mas a outro corpo, percorrido por intensidades, ensejando incontáveis composições que escapam ao julgamento de deus. Um corpo

que se constitui na imanência dos encontros, na materialidade intensiva que constitui o viver – um corpo sem órgãos que não cessa de desfazer a forma-organismo, fixação e ordenação dos órgãos no corpo, interpelado pelas forças do viver. Declama Artaud:

[...] quero dizer que descobri a maneira de acabar com esse macaco de uma vez por todas e já que ninguém acredita mais em Deus, todos acreditam cada vez mais no homem. Assim, agora é preciso emascular o homem. Como? Como assim? Sob qualquer ângulo o Sr. não passa de um maluco, de um doido varrido. Colocando-o de novo, pela última vez, na mesa de autópsia para refazer a sua anatomia. O homem é enfermo e mal construído. Temos que nos decidir a desnudá-lo para raspar esse animalúculo que o corrói mortalmente, Deus. E juntamente com deus os seus órgãos. Se quiserem, podem meter-me numa camisa de força. Mas não existe coisa mais inútil que um órgão. Quando tiverem conseguido um corpo sem órgãos, então o terão libertado de seus automatismos e devolvido sua verdadeira liberdade. Então poderão ensiná-lo a dançar às avessas como no delírio dos bailes populares e esse avesso será seu verdadeiro lugar (ARTAUD *apud* LINS, 1947/1999, p. 70-71).

Para Artaud, assim como para Deleuze e Guattari (2008), o CsO significa uma concepção mais ampla do corpo, que não se limita ao organismo, nem ao corpo humano. O que os autores pretendem colocar em evidência com o conceito de CsO é a ideia de corpo enquanto corpo complexo e dinâmico, constituído por uma multiplicidade de outros corpos, desterritorializado e livre do aprisionamento das normas enrijecidas que foram absorvidas e naturalizadas nos corpos durante todo o processo histórico. Assim, ao longo da obra, Deleuze e Guattari, apresentam uma série de tentativas de criação do CsO, as quais experimentam o corpo como intensidade e não como um organismo determinado pelas leis da evolução natural. Pensar a partir do que propõem Deleuze e Guattari é enxergar a possibilidade real da libertação do Ser humano, do corpo, uma vez que se desterritorializa a ideia de organismo. “[...] há em Deleuze uma verdadeira embriologia transcendental: o corpo como ovo. Como suportar, então, o insuportável, como viver o inviável?” (LAPOUJADE, 2002, p. 87).

Portanto, o esclarecimento que propunha outrora progresso e ‘libertação’ do homem na modernidade, transformou-se ele próprio em “escuridão” na leitura que fazem Adorno e Horkheimer (1985). O Corpo contemporâneo encontra-se hoje “coberto por grilhões”, sendo possível “mapeá-lo”, “marcá-lo”, “animá-lo... É ele

moldado de todas as maneiras desejadas pelo uso da biotecnologia que, por via das ciências biológicas e da saúde mediante aos avanços tecnológicos da era globalizada, participam ativamente desse processo de intromissão e controle do corpo, ditando para este os seus limites. “[...]. Nessa metamorfose, a essência das coisas revela-se como sempre a mesma, como substrato da dominação. Essa identidade constitui a unidade da natureza” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 7). Mas, a quem interessa essa essência imutável?

4.4 A VIDA MANTIDA PELA TÉCNICA

Não existe um corpo imune à técnica (BÁRTOLO, 2007, p. 13).

Continuando com a nossa reflexão acerca do corpo, a partir de agora levaremos em consideração a manutenção da vida por via da técnica especificamente, as técnicas médicas. A observação de José Bartolo foi escolhida para nortear o nosso esforço preliminar, dada a sua potência sinalizadora dos dilemas que emergem com os desenvolvimentos técnicos, tecnológicos, biomédicos e científicos que atravessam os corpos na contemporaneidade.

É fato que, o saber médico e todo o seu “progresso”, possibilitou o aumento da potência da ação dos corpos e conseqüentemente da vida, entretanto, este mesmo “saber-poder”³⁴ parece acabar por promover de certa forma a cassação da própria vida e a territorialização dos corpos. É a partir desse paradoxo inquietante que tentaremos seguir adiante.

A princípio, o homem, que sempre procurou instrumentos que facilitassem a superação dos limites do seu corpo, chegou ao ponto de hoje deles depender de sobremaneira. Inquestionavelmente, tal situação exige uma reflexão, já que a simbiose em curso faz das tecnologias médicas e todo o seu aparato, mais do que

³⁴ A partir da leitura de Foucault 2013, este é caracterizado como sendo um saber técnico constituído pelo conjunto medicina e higiene, no século XIX, e que se torna o mais importante atributo das biopolíticas sobre os corpos. Um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o individual e o coletivo, garantindo a inserção controlada dos sujeitos no aparelho de produção, principalmente através do ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos. Segundo o filósofo, o capitalismo deu passagem para uma medicina privada, extremamente individualista e com discretas ações no conjunto social, para uma medicina da coletividade, buscando, desta forma, atuar com maior eficácia sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.

meras extensões do corpo. As técnicas e as biotecnologias³⁵, tornaram-se próteses poderosas e íntimas, reconfigurando o corpo, a sua relação com o real e com a própria vida. Nesta perspectiva:

[...] não é apenas na manutenção e prolongamento da vida que se direcionam as biotecnologias, mas também, nos modos como iremos viver nesse corpo, em quais condições experimentaremos o viver (saudável) num corpo potencialmente centenário (MANSKE, 2021, p. 242).

A carnalidade nos confronta com a nossa finitude pelo medo de desaparecer, “morrer”. Assim, nada na vida parece ser simples, nem mesmo abandoná-la. A definição de morte do corpo que noutro tempo não necessitava de considerações médicas mais precisas, uma vez que o fato ou ação do fenômeno sobre o próprio corpo era algo suficiente, entendia-se então, que a vida apenas se rompia num momento infinitesimal; a morte era definida como a interrupção de algumas funções de órgão específicos como, pulmão e coração. Vida e morte eram opostos definitivos e evidentes.

No decorrer do tempo, a medicina preferiu lidar com todos os problemas relacionados com a morte a partir da negação da sua existência, o que parece ser algo bastante controverso uma vez que tal fenômeno faz parte do dia a dia da prática médica. Esse embaraço em lidar com a morte e seus dilemas persistem até os dias atuais. Além disso, percebe-se a dificuldade encontrada pela ciência médica ao se deparar com a questão da própria definição da morte. Tal dificuldade gira em torno também de outras questões: jurídicas, éticas e religiosas. Porém, com as urgências que surgiram nos últimos tempos voltadas para a necessidade de se falar mais sobre o tema, dado a importância de reconhecê-lo enquanto dilema do próprio existir humano; as atenções das “ciências da vida” parecem se voltarem para a resolução desse problema.

Ademais, o desenvolvimento de técnicas específicas juntamente com o uso de tecnologias aplicadas à área médica, possibilitaram reparar funções biológicas, clonar, transplantar, adicionar próteses através da incorporação de dispositivos mecânicos e eletrônicos ao corpo humano. Em outras palavras, a interferência das

³⁵ O termo é usado aqui para se referir as tecnologias produzidas e utilizadas pelas “ciências da vida”: medicina, biologia, fisiologia, farmácia, genética etc.

ciências da vida a partir do saber médico tornou possível a sustentação de processos vitais por períodos mais longos; e o uso crescente de partes dos “recém-mortos”³⁶ para a manutenção da vida dos “vivos”. Abordaremos isso mais adiante. Por agora, vale ressaltar que “[...] no mundo real, os marcapassos cardíacos agem como máquinas replicantes, fornecendo a carga de energia que o coração precisa para seu funcionamento biológico correto” (SENNETT, 2009 p. 110). No entanto, como consequência desse “progresso” e intervenção sobre o corpo, os conceitos de vida e morte que anteriormente encontravam-se em lados opostos, começam a convergir.

Como vimos, esse processo de mudança foi possível graças ao uso das técnicas e das tecnologias altamente desenvolvidas que a medicina atual dispõe para intervir de forma “precisa” no corpo. Contudo, apesar de algumas “soluções” técnicas, em determinadas situações, como nos casos de pacientes em estado vegetativo em que os corpos são mantidos de forma artificial, a medicina encontra-se diante de um dilema, inclusive num sentido ontológico, diga-se de passagem, posto que cabe a ela “dizer” se o que ela mantém vivo ainda é um ser humano ou se é apenas um corpo subordinado a vida.

Por conseguinte, se seguimos a ideia inicial de que todo corpo pode ser afetado pela técnica como coloca Bartolo, compreendemos que é ele uma superfície territorial livre para o uso dos mais variados dispositivos³⁷, como nos lembra Naief Yehya (2001), na sua obra “o corpo transformado”. Aqui nos interessa os dispositivos destinados a reparação de algumas funções biológicas, nesse caso, os utilizados pela medicina. Através de técnicas e tecnologias específicas nota-se que esses aparatos quando acopladas ao corpo são capazes de potencializar e mesmo prolongar de forma artificial a vida dos pacientes. Daí levantamos uma questão: Como esses aparatos artificiais produzem instabilidades ontológicas em termos do que é humano e não humano, vida e morte? Logo, o que está sendo questionado aqui é o lugar da humanidade encarnada, num esforço para entender o lugar da artificialidade dela ao tentar potencializar e “compensar a ideia de morte do corpo”.

³⁶ Termo usado pelo médico Psiquiatra, Willard Gaylin no artigo intitulado “Harvesting the Dead” publicado pela revista Nova-iorquina Magazine, p. 23-30. 1974. No artigo ele explica como a ciência e a tecnologia transformaram o significado da morte.

³⁷ Os dispositivos são definidos pelo o autor por tipos. “Dispositivos passivos (roupas, sapatos), dispositivos removíveis que servem para registrar dados (termômetros, relógios, entre outros sensores, dispositivos destinados para reparar alguma função biológica pobre ou moderadamente compensar alguma falta do corpo (bengalas, lentes, membros artificiais, auxiliares aparelho auditivo e até mesmo juntas de metal)” (YEHYA, 2001, p. 48).

Ora, enquanto pesquisadores temos consciência da complexidade da questão. Não temos pretensão de adentrarmos por agora nesse debate. No entanto, vale ressaltar que as questões que estão sendo postas ao longo desse texto não são de forma alguma “inocentes”, pelo contrário, a intenção desde o início é tentar provocar alguma afetação, no sentido deleuze-guattariano.

Juntando-se a isso, é sabido que de certa forma, o corpo humano forneceu uma linguagem metafórica para a teologia cristã, que concebeu a igreja como o corpo de cristo, e, mais tarde essa mesma metáfora se desenvolveu numa tentativa de conceituar uma ideia de corpo político, com objetivo de manter a “ordem” individual e social. O corpo de cristo, o sangue da salvação, a água do batismo, o pão da comunhão, o corpo do salvador mutilado: estes foram os símbolos do pensamento e experiência cristã que atuou no desenvolvimento do pensamento voltado para a concepção do corpo e a sua relação com o sagrado. Neste sentido, Felix Duque (2000, p. 28) afirma que “[...] o filho escolheu ser homem, um homem de carne e osso, com todos os seus acessórios”. Lapoujade (2002), nos fornece ainda mais detalhes:

No cristianismo tudo é pensado a partir de uma ideia do corpo mártir que toma sobre si os sofrimentos sem nenhuma reação nem exteriorização, mesmo que adiada. Desde então, o sofrimento se torna sacerdócio, missão, fardo. A imagem do próprio cristo é refletida na figura de um homem doente (LAPOUJADE, 2002, p. 85).

Dentro da lógica cristã, o corpo humano é entendido com o selo da limitação, deficiência, fragmentação, e esse entendimento só faz sentido em referência ao que supõe plenitude corporal, ou seja, o divino. Quando o homem contempla a sua limitação, afirma Heidegger (2001), é que ele se conscientiza que é finito, que está num horizonte de tempo. Diante desse contexto, o homem da ciência quase que num “ato de rebeldia e inconformidade” interroga e contesta o seu lugar de “Deus” e passa a buscar incansavelmente pelo corpo ilimitado, “perfeito”, de onde se erradicariam a doença, a morte, a velhice, enfim as imperfeições. Assim, ele interfere, manipula e dissecar numa tentativa de superação dessa condição “natural”. Como vimos no item anterior, no “moderno Prometeu” de Mary Shelley, o Dr. Victor Frankenstein recebe um castigo por haver profanado essa esfera dos domínios divinos, uma vez que ele descobriu o segredo da criação da vida e posteriormente faltou com os cuidados éticos necessários para com a sua obra.

Pois bem, apesar de entendermos que o prometeísmo parece estar em decadência, principalmente em razão da tradição fáustica³⁸ mostrar seu caráter tecnológico de conhecimento científico, revelando que ciência e técnica são interdependentes, é preciso que fique claro para quem está lendo, que desde o início a nossa abordagem neste texto está voltada para uma perspectiva ainda prometeica, pois acreditamos que esta permite de algum modo a busca do funcionamento dos processos orgânicos, mas deixa que certos assuntos sigam pertencendo ao domínio divino.

Percebe-se que o pensamento das ciências da vida dispõe das condições que permitem direcionar a produção de vida e dos corpos numa perspectiva fáustica, na medida em que busca sua eternização, baseadas nas biociências contemporâneas (SIBILIA, 2002). Desta forma, esta tradição, não tem por objetivo o simples conhecimento dos mecanismos da vida, ou a decifração daquilo que é permitido ao ser humano e à ciência, mas sim a compreensão dos fenômenos para o controle dos corpos. Paula Sibilia destaca a perspectiva da tradição fáustica para caracterizar a ciência e a tecnologia contemporâneas, relegando o corpo a um estado que ela chama de “pós-orgânico”, por tratar-se de um corpo mesclado à tecnologia e não mais inteira e puramente orgânico como antes.

Todavia, o corpo concebido como uma máquina pelas ciências médicas tornou-se um paradoxo, é a inquietude sobre a qual os humanos dessas ciências se interrogam desde a modernidade. Neste sentido:

[...] o que está em pauta são as formas de produção da noção mesma de vida, de uma artificialidade da natureza, e mais, talvez, de um não lugar para noção tradicional de corpo, vida e natureza tal como promulgada em diferentes vertentes da modernidade (ZOBOLLI; MANSKE; DANTAS JUNIOR, 2019, p. 9).

Falamos a partir desse período especialmente, de um corpo anatomizado que significa a partir da leitura de Le Breton (2003b), a indicação fundamental de uma mudança de mentalidade que dá ao ser humano a autonomia e lança uma luz particular sobre o corpo humano:

³⁸ “Fausto é um personagem mítico de tradição germânica que possui vontade de crescimento infinito pelo desejo de superar suas próprias possibilidades, que em pacto com o diabo busca uma apropriação ilimitada da natureza com vistas à imortalidade” (SIBILIA, 2002, p. 43).

[...] pela primeira vez, a entrada no labirinto dos tecidos humanos não exige como condição necessária a morte do homem. Este último é posto em face do seu próprio esqueleto sem desfazer-se de sua pele (LE BRETON, 2003b, p. 211).

Dessa maneira, o corpo é atirado para o interior de um território paradoxal que, simultaneamente, o pensa e o produz, um espaço infinito que compreende e penetra tudo (BARTOLO, 2007). Logo, a constituição do conhecimento anatômico, fisiológico e genético, parece que desde a modernidade projetou “[...] diluir o corpo até o armazenar em códigos binários de informação processados em maquinarias de inteligência artificial” (MANSKE, 2021, p. 245). É assim que a tecnologia fáustica invade a terra e os seres humanos; ultrapassando os limites conhecidos do corpo, oferecendo aos homens o fogo, porém levando-os também à perda de controle de suas energias, entregando seu corpo na mão de “especialistas”³⁹ à mesa de um laboratório, com técnicas desconhecidas, permitindo a manipulação de seu íntimo, sua informação e seu código genético.

Seguramente, falar sobre o corpo nas sociedades ocidentais contemporâneas significa referir-se as técnicas voltadas para a aplicação e desenvolvimento do conhecimento das biotecnologias médicas e suas mais variadas vertentes que se relacionam com as “ciências da vida” e com todas as imposições da tradição fáustica, como representação oficial do corpo atual e “controle da vida”.

Consequentemente, a pergunta de Nietzsche, lembrada por Michel Serres (2004) e Deleuze (2002), “o que pode um corpo?”, foi subvertida pelo “saber-poder” da medicina em seu oposto limitante: “o que não pode um corpo?”. Quando se define a função de cada órgão, é como se interditasse todas as outras possibilidades de ação, “[...] mesmo em suas funções mais elementares, parece que, de agora em diante, o corpo só pode aparecer diminuído, deformado, no limite da impotência” (LAPOUJADE, 2002, p. 83).

Nesse contexto, é importante lembrar que essa lógica mesmo se apresentando de forma um tanto contraditória uma vez que ao mesmo tempo que o conjunto das técnicas e tecnologias médicas direciona e atuam para o aumento da

³⁹ A partir do surgimento da anatomoclinica surgem as possibilidades de alteração e descrição dos corpos. Na modernidade o corpo é costurado, retalhado, penetrado... “abre-se o cadáver”. Foucault afirma que [...] o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. (FOUCAULT, 2010, p. 80).

potência dos corpos, interferindo no adiamento da morte; elas também os-impossibilitam, os-controlam e os-determinam por meio de processos biopolíticos⁴⁰. Assim sendo, é preciso compreender que há por detrás desse jogo um projeto de interesses, onde a própria vida se tornou um objeto de contestação e disputa política (ROSE, 2013).

Em vista disso, o desenvolvimento da biopolítica objetiva, como bem salientou Foucault (2013), intervir em fenômenos sociais de modo a controlá-los, estimulá-los ou reduzi-los. Como exemplo, a elaboração de ferramentas estatísticas que permitem acompanhar as taxas de natalidade, de mortalidade, de longevidade; a expansão de instituições de assistência social direcionadas para idosos e enfermos que estão incapacitados de trabalhar; a criação de planos de saúde, seguros de vida, de poupanças e de aposentadoria. Dessa forma, a biopolítica considera a gerência de nascimentos e de mortes; as taxas de natalidade; o acompanhamento da expectativa de vida das populações e outras formas de controle social.

Destaca Foucault:

[...] sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no caso da morte e da fatalidade: cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder (FOUCAULT, 2013, p. 155).

Para o autor, a existência biológica dos indivíduos passa a ser cuidada e fomentada. Para isso, “[...] o poder se situa e [se] exerce ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população” (FOUCAULT, 2013, p. 149-150), gerindo e organizando a vida e as forças produtivas populacionais: “[...] é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação” (FOUCAULT, 2013, p. 151). Dessa forma, Foucault compreende que o “bio-poder”⁴¹ impulsionou a expansão do sistema capitalista:

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa

⁴⁰ Para Foucault (2008b, 2013), o Biopoder é uma tecnologia de poder sobre a vida dos indivíduos e da população, este por sua vez atua em dois níveis: Um centrado no corpo (individualizante) e outro centrado no controle da vida dos indivíduos em seu conjunto, em termos de população.

⁴¹ Nessa parte do texto, Foucault escreve “bio-poder” com hífen, grafia diferente do que ele usualmente faz, porém, o sentido permanece o mesmo, isto é, como “poder sobre a vida”. Acreditamos que o uso do hífen é um recurso utilizado para enfatizar o “bio” enquanto referência ao biológico, ou seja, o poder que se exerce sobre a vida na sua forma física, material, orgânica.

da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isso torná-las mais difíceis de se sujeitar; [...] o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento de grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento. (FOUCAULT, 2013, p. 153 -154).

Visto por esse ângulo, o investimento sobre o corpo valorizou a vida, que precisa ser mantida e prolongada. A partir da leitura de Foucault, isso foi possível graças a implementação dos dispositivos de biopoder.

Nikolas Rose (2013), ao fazer uma reflexão do presente a respeito da biopolítica – a política da própria vida do século XXI, se empenha em analisar as novas nuances decorrentes da forma de gerência da vida atualmente, as-diferenciando das analisadas por Foucault. Com relação a isso, diz Rose:

[...] a política de vida de nosso século parece bem diferente. Não está delimitada nem pelos polos de doença e saúde, nem focalizada em eliminar patologias para proteger o destino da nação. Ao contrário, está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes. É, como procuro demonstrar, uma política “da vida em si mesma” (ROSE, 2013, p. 16).

Segundo Rose, dentre os temas dessa política contemporânea da vida, alguns já são conhecidos, porém outros são novos; como exemplo dessa novidade, o autor cita as mudanças ocorridas nas racionalidades e nas tecnologias de governo. Na sua concepção, “[...] principalmente nas transformações no fornecimento de segurança, bem-estar e saúde” (ROSE, 2013, p. 16). Para o autor, dentre os demais campos, essas modificações foram mais eloquentes no campo da saúde:

[...] os seres humanos chegam a experimentar a si mesmos de novas maneiras como criaturas biológicas, como si-mesmos biológicos, sua existência vital torna-se foco de governo, alvo de novas formas de autoridade e de expertise, um campo altamente catéxico para o conhecimento, um território em expansão para a exploração bioeconômica, um princípio organizador de ética e uma aposta em uma política de vida (ROSE, 2013, p. 17).

Dentre os processos responsáveis por instituir as novas bases da biopolítica contemporânea abordados por Rose, nos interessa pontuar rapidamente três dos cinco caminhos, que segundo ele, estão passando por mutações significativas: A molecularização, otimização e economias de vitalidade. Sobre isso, vejamos o que diz o autor:

Molecularização. O “estilo de pensamento” da biomedicina contemporânea considera a vida no nível molecular como uma série de mecanismos vitais inteligíveis entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas em novas práticas de intervenção que já não estão coagidas pela aparente normatividade de uma ordem vital natural. Segundo, otimização. As tecnologias de vida contemporâneas já não estão compelidas, se é que um dia o foram, pelos polos de saúde e doença. Tais polos permanecem, mas, adicionalmente, muitas intervenções buscam agir no presente a fim de assegurar o melhor futuro possível para aqueles que são seus sujeitos. Daí, obviamente, essas tecnologias incorporam visões controversas do que, na vida humana individual ou coletiva, possa de fato ser um estado excelente [...] Quinto, economias de vitalidade. Fortalecidos pela busca de biovalores, novos laços se formaram entre verdade e capitalização, a busca do valor de acionista e o valor humano investido na esperança da cura e da otimização. Novo espaço econômico foi delineado – a bioeconomia – e nova forma de capital – biocapital. Antigos atores, tais como corporações farmacêuticas, foram modificados em sua relação com a ciência, de um lado, e com o mercado de valores, de outro. Novos atores, tais como as empresas iniciantes de biotecnologia, surgiram, frequentemente buscando enfatizar sua responsabilidade social corporativa e conciliando-se, de várias maneiras, com as formas de cidadania e expertise. A vida em si mesma tornou-se maleável a essas novas relações econômicas, enquanto a vitalidade é decomposta em uma série de objetos distintos e discretos – que podem ser isolados, delimitados, armazenados, acumulados, mobilizados e permutados, aos quais se pode atribuir discreto valor, comerciados ao longo do tempo, do espaço, gêneros, contextos, empresas – a serviço de muitos objetivos distintos. No processo, um novo campo geopolítico tomou forma, e a biopolítica tornou-se inextricavelmente entretecida à bioeconomia (ROSE, 2013, p. 20).

Como colocado por Rose, existe atualmente uma economia que se volta e abarca a vida, que é responsável pela gestão e geração de um biocapital, este último proveniente dos avanços tecnológicos e biomédicos. Parece que ao mesmo tempo em que se prima pelo direito à vida, por meio de investimentos em tecnologias, tratamentos, em pesquisas médicas e farmacêuticas, também ocorre um movimento paralelo em direção ao direito pela morte. Pensemos a partir de uma

situação hipotética, em que um paciente “x”, usuário de um bom plano de saúde sofre um acidente grave e por muitos anos permanece em coma, sem suas funções vitais estáveis, numa unidade de terapia intensiva de um hospital particular “y”. Sabendo da condição do paciente e do seu quadro irreversível, os familiares optam pelo desligamento dos aparelhos; no entanto, mudam várias vezes de ideia devido a insistência da equipe médica em manter o corpo conservado. Nesse contexto, tendo em vista que o paciente é possuidor de um bom plano de saúde, responsável por cobrir todas as despesas enquanto permanecer na unidade hospitalar, vale a pergunta: Qual seria o real interesse da equipe médica em manter esse corpo “vivo”, mesmo contra à vontade dos familiares? O interesse estaria voltado realmente para a preocupação com o “restabelecimento da vida” do paciente ou estariam se aproveitando da situação, uma vez que a permanência do “corpo vivo” em termos econômicos geraria renda para todos os envolvidos? Enfim, não entraremos nessa discussão, na medida que entendemos a sua complexidade. Interrogamos, pois compreendemos a partir do pensamento de Foucault e de Rose a necessidade da reflexão a respeito da utilidade de “fazer viver” atualmente via uso das “tecnologias da morte”. Nos parece que essa questão se desdobra sobre o próprio processo do “não morrer” – adiamento da morte, atravessando e desconstruindo uma visão “positivista” de promoção da vida, já que esta passou a ser determinada pelos interesses de um grande mercado.

Retomamos a pergunta: Que corpo é esse que a medicina mantém “vivo”, adiando a sua morte? De acordo com Le Breton (2003b), aí está a redivisão do ser humano. Outrora cartesianamente dividido em corpo e alma, hoje se encontra dividido medicamente: as funções biológicas constituem o corpo, enquanto as funções cerebrais definem a alma. A medicina define a morte desse indivíduo ao cessarem as funções cerebrais, é o momento em que a máquina já pode ser “desligada”.

Ora, se o fim das funções cerebrais define a morte do indivíduo e a medicina conserva a vida do corpo, o corpo não passa de um conjunto de funções orgânicas, onde o homem é separado. Logo, esse dualismo permite a intervenção ilimitada no corpo do além-comatoso, o morto cerebral, um corpo que não é mais indivíduo, no sentido das relações e produção de significação, mas um organismo, demarcado e territorializado.

Em um dos seus textos⁴², Rogerio Lopes Azize discute em que sentido o discurso neurocientífico sobre o cérebro produz uma determinada noção de pessoa. Segundo o autor, cada vez mais o cérebro é visto como o ‘órgão pessoal’ por excelência, aquele que de fato define e carrega identidades individuais. Diz Azize:

[...] um órgão que ocupa posição hegemônica não é um órgão como outro qualquer; ele está em posição hierarquicamente superior a outros do corpo humano, à noção de mente – vista pela neurociência contemporânea como um epifenômeno do cérebro – e ao corpo ele mesmo, no sentido em que pode compor uma nova e peculiar versão dualista, na forma corpo/cérebro, que parece ocupar a diluída versão corpo/mente (AZIZE, 2010, p. 568).

Desse modo, parece que a concepção advinda da neurociência sobre a “eleição” do cérebro como órgão principal do corpo, exerce papel fundamental para a elaboração do conceito de morte usada pela medicina contemporânea, dado que a pessoa/paciente é reduzida ao seu órgão/cérebro. Na sua análise, Azize postula a ideia de um cerebralismo:

[...] o meu foco está voltado justamente para a difusão das ‘modernas formulações neuronais’, para o novo formato que o cérebro passa a ganhar em nosso tempo, cujas origens mais diretas remetem à virada do século XIX para o século XX; é nesse momento que o cérebro se torna mais molecular, com um novo vocabulário cujas estrelas centrais são os neurônios, sinapses e neurotransmissores. Na virada seguinte de século, tais palavras já fazem parte do acervo semântico do qual mesmo o público leigo lança mão em seu cotidiano. É nesse sentido que postulo aqui, como contribuição ao debate, a ideia de que um ‘cerebralismo’ (AZIZE, 2010, p. 572).

O autor sustenta o pressuposto de que o cérebro se tornou uma figura central para a nossa definição de identidade, “[...] órgão pessoal por excelência, aquele que de fato define e carrega identidades individuais”. (AZIZE, 2010, p. 564). Sendo assim, se postula a impossibilidade de transplantar e intercambiar ele (ao menos por enquanto). Ora, pensando na perspectiva de uma possível existência de transplante cerebral no futuro (como já ocorre nos filmes de ficção científica), seria plausível dizer que o órgão que iria ser doado, seria a própria pessoa, ou seja, o doador (que

⁴² Artigo publicado em 2010 intitulado de: “O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. O autor afirma que nesses discursos o cérebro é entendido como sendo a própria pessoa.

deixaria de ser ela mesma), enquanto o receptor do cérebro “novo”, passaria a ser um outro indivíduo ocupando o mesmo corpo.

Doravante, com os avanços da medicina ancorados nas biotecnologias, é possível que um indivíduo conservado funcionalmente vivo tenha seus órgãos retirados e transplantados para outros corpos, mesmo depois da certificação da sua morte. Com o coração em um corpo, um rim em outro, noutro o fígado e os pulmões em outro ainda; um mesmo corpo fragmentado em vários. É o procedimento oposto daquele utilizado por Victor Frankenstein, porém segue o mesmo princípio: o de que o corpo pode ser dividido e reagrupado, não aleatoriamente, mas organizado – formando um organismo – e assim a vida é capaz de seguir, cessar ou surgir.

Com relação aos aparatos tecnológicos utilizados pela medicina para o adiamento da morte dos corpos, dados da Organização Mundial de Saúde mostram que é incontável o número de pessoas que vivem/sobrevivem graças a eles; geralmente, esses aparatos exercem a função de órgãos do corpo, como: Respiradores mecânicos, aparelhos de hemodiálise, oxigenadores de membrana extracorpóreos, órgãos artificiais feitos em impressoras 3D etc. Recentemente, com a chegada da Covid-19⁴³, o mundo pode notar claramente a dependência do corpo com relação a estes, especificamente, dos respiradores, ventiladores mecânicos e máscaras de oxigênio.

Esses aparatos servem para auxiliar os pacientes com insuficiência respiratória (falta de capacidade de respirar sozinho – “naturalmente” com seu organismo). No caso dos respiradores mecânicos, estes funcionam administrando a quantidade de ar que entra e sai do pulmão, controlando a mistura de gases utilizada e a quantidade de oxigênio no corpo. Portanto, é um equipamento imprescindível à vida do paciente. Do ponto de vista técnico, não só os respiradores, mais uma vasta quantidade de técnicas médicas e de aparatos biotecnológicos são necessários e incontestáveis para aqueles que deles dependem para continuar vivendo.

Se pegarmos outro exemplo, como os pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), iremos nos deparar mais uma vez com essa dependência do corpo, da vida à técnica. A grosso modo, os rins são órgãos responsáveis pela eliminação de resíduos tóxicos do organismo, eles se encarregam do controle de líquido e sais

⁴³ É uma doença infecciosa causada por um coronavírus denominado (SARS-CoV-2). Para maiores informações, consultar o site da World Health Organization em: <https://www.who.int/>

no corpo. Assim como, cabe a eles produzirem e secretarem vários tipos de hormônios. Quando o funcionamento desses órgãos está de alguma forma comprometido, o organismo passa a reter líquidos, a pressão arterial aumenta e há acúmulo de resíduos prejudiciais ao organismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Para que ocorra a filtração, é realizado um procedimento técnico-médico chamado de diálise. A diálise é uma terapia suplente que realiza parcialmente as funções renais, precavendo danos a outros órgãos vitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Vale ressaltar que ela não proporciona o restabelecimento dos rins nem restaura suas funções. Neste estado, para “conservar” a vida do paciente, normalmente a medicina submete o corpo a hemodiálise, que é uma das modalidades de diálise, que consiste na filtração do sangue por via extracorpórea, por meio de uma membrana artificial especial (contida em um dispositivo maquínico chamado dialisador). Na máquina de hemodiálise, o sangue é bombeado através de tubos até o dialisador, no qual, ocorrem trocas seletivas de substâncias com o meio externo e retorna em sequência ao corpo do paciente (BRASIL, 2014b). Neste sentido, é perceptível a substituição do órgão/natural pela máquina/artificial. Pode-se dizer então que o princípio da hemodiálise se baseia na remoção de pequenas moléculas como ureia e creatinina, que seriam excretadas pelo rim, através da passagem pelo dialisador.

Embora, vale salientar ainda que as interferências no corpo por parte da ciência médica não se resumem apenas ao uso de maquinarias pesadas, como no caso das máquinas de hemodiálise, mas ao uso também de outros artefatos tecnológicos, tais como a utilização de drogas químicas e sintéticas. É sabido que essas substâncias agem normalmente no organismo atingindo o sistema nervoso central causando sensações que vão desde a tranquilidade até a euforia (OMS, 2001). No Brasil, segundo o Ministério da saúde, o desenvolvimento e a evolução dos antirretrovirais para tratar o HIV⁴⁴ transformaram o que antes era uma infecção quase sempre fatal em uma condição crônica controlável, apesar de ainda não haver cura. O uso regular dos medicamentos, do “coquetel” (mistura de vários

⁴⁴ HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos TCD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Para maiores informações acessar o site do Ministério da saúde, departamento de DST, Aids e Hepatites Virais : <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>

medicamentos) é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução dela, prolongando a vida do paciente. Diante disso:

O crescente acoplamento vivo-máquina conquistou extensão e profundidade ao se estender ao campo médico e à vida comum. As fronteiras entre o biológico e o tecnológico atenuam-se ou dissolvem-se. A supressão das fronteiras entre o artificial e o natural traduzem-se pela fabricação de biomateriais, nano próteses, ou pela conexão determinais nervosos ou musculares com materiais mecânicos ou eletrônicos. (BÁRTOLO, 2007, p. 30).

Em conformidade com o pensamento de Bartolo, David Le Breton (2003a) inicia seu segundo capítulo do livro “Adeus ao corpo”, intitulado de “A produção farmacológica de si”, destacando a facilidade que o homem atual tem de lidar com as circunstâncias adversas de cunho da natureza biológica. O uso de psicotrópicos, por exemplo, altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Parece que a “regulação” gerada pelo uso dessas substâncias, tem como pressuposto principal a tentativa de estabelecer uma base “estável” para lidar com as turbulências do mundo, aliviando assim o esforço de viver, evitando as situações problemáticas. Neste sentido, o autor afirma que, “[...] o indivíduo administra o seu humor e seus desempenhos com meios sofisticados da tecnologia molecular”. (LE BRETON, 2003a, p. 62).

Corroborando com a análise que faz Le Breton, Manske afirma que:

Na atualidade, as condições sociais e tecnológicas que dispomos, incluídas aquelas voltadas à saúde, abrem cada vez mais um leque de possibilidades de incremento das potencialidades humanas pelo uso de fármacos, drogas, mutações e genéricos. (MANSKE, 2021, p. 246).

Face ao que dissertamos, as biotecnologias, as produções científicas e biomédicas, das quais emergem novos corpos exigem que pensemos a respeito das diversas tensões dicotomias acerca do corpo enquanto território de demarcação, já que:

O corpo contemporâneo é o corpo nessa tensão de desmarcação: desmarcação do território biológico na tensão para o território tecnológico; desmarcação do território orgânico na tensão para o território maquínico; desmarcação do território do natural na tensão para o território do artificial e deste para o território do sintético;

desmarcação do território da subjetividade na tensão para o território da objetividade. Sobre essas tensões demarcantes desenvolve-se uma febril atividade demarcante que isola o corpo numa multiplicidade de corpos-objeto-de-estudo (BÁRTOLO, 2007, p. 14).

Por conseguinte, dada a atual relação existente entre corpo e a técnica, resultante dessa tensão entre tecnologia e biologia, crescentemente hibridizadas, como bem salientou José Bartolo anuncia-se novos corpos, “[...] biologia e tecnologia, natural e artificial são opostos. Ao falarmos em corpo-objeto, corpo-máquina, corpo-tecnológico estamos a falar de um híbrido que relaciona opostos. (BÁRTOLO, 2007, p. 177). Portanto, a nossa atenção se volta para o “corpo que estar por vir”, em oposição ao corpo territorializado pela biologia. Nos interessa um devir-corpo, a partir da reterritorialização desse corpo humano já “tecnologizado”.

Autores como Zoboli, Correia e Lamar defendem que a tecnologia é um elemento intensificador do corpo e gerador de um devir. Assim:

[...] entendemos que “o artefato técnico uma vez unido com o biológico não faz com que o corpo deixe de ser corpo, ou com que o humano deixe de ser humano, mas faz, sim, com que ele intensifique/potencialize esse corpo/humano, fazendo parte dele por um processo de corporização” (ZOBOLI; CORREIA; LAMAR, 2016, p. 662).

Concordamos com os autores acima, pois entendemos que mesmo o corpo em simbiose com a técnica e a tecnologia, não se anula a sua condição de humanidade. Elas apenas o colocam em variação. A partir de Deleuze e Guattari (2002), compreendemos, pois, que as técnicas e as tecnologias como um todo, quando “acopladas” ao corpo geram uma espécie de afetação fazendo com que ocorra um processo de desterritorialização em face ao seu estado biológico, uma vez que supera e potencializa a sua condição, “natural”. Embora, ao mesmo tempo que ocorre esse processo de desterritorialização e saída do território puramente biológico, um movimento de reterritorialização se inicia. Deste modo, há produção de uma nova territorialidade, um retorno diferente ao território, dado que o corpo já se encontra nesse estado “tecnologizado”, “já não há corpo!” (MOLDER, 2002). Por consequência, “[...] em cada reterritorialização do corpo uma marca lhe é infligida. Não há corpo que não apresente cicatriz, ruga, desfiguração ou descoloração” (BÁRTOLO, 2007, p. 32).

Diante de tudo que foi dito até aqui, o nosso desejo futuro é continuar a refletir sobre o corpo, que nessa relação de dependência simbiótica com a técnica e com a tecnologia é “transformado” sem deixar de ser o mesmo. É colocar o pensamento para adentrar nesse espaço de fronteira caracterizado pela fusão entre a carne e a máquina, entre o orgânico e o artificial. Pensar nesse corpo que “estar sempre vindo”, significa compreendê-lo enquanto um corpo habitado, e habitando outras possibilidades, é pensar no corpo em constante movimento e afetação:

Um corpo que se abre e se fecha, que se conecta sem cessar com outros corpos e outros elementos, um corpo que pode ser desertado, esvaziado, roubado da sua alma e pode ser atravessado pelos fluxos mais exuberantes da vida (BÁRTOLO, 2007, p. 172).

A aposta preliminar a ser feita por agora, gira em torno do entendimento no qual nem o corpo, nem a técnica nem a tecnologia devem ser o centro da análise, mas a relação entre ambas. A ontologia tradicional encerra o humano na noção clássica de natureza sempre fixa, bloqueando o acesso a problemáticas filosóficas do ser inevitavelmente sujeito e indeterminado às dinâmicas de seu contexto/historicidade. O ser humano, preso a essa ontologia, possui no seu âmago a ideia de que esse corpo, ao ser modificado pelo uso das tecnologias, fica descaracterizado de sua condição humana, ou seja, ele passa a ser visto como uma entidade “não-humana”, “trans-humana” – artificial. Por isso, o ciborgue aparece sempre como signo do limite na medida em que borra as fronteiras de um corpo concebido a partir de uma ontologia natural/pura ameaçando o “fim da espécie humana”. Sob esta ótica o filósofo italiano Roberto Esposito menciona que:

A técnica não é necessariamente oposta a natureza. No que concerne a espécie humana, a técnica é o fruto de nossa natureza. É técnico cada movimento de nosso corpo e cada som produzido por nossa voz. Como se tem observado, a natureza humana mostra uma tecnicidade originária que não somos livres de adotar, mas que somos obrigados a desenvolver (ESPOSITO, 2017, p. 114).

É o mesmo que nos alerta Deleuze em sua obra sobre Espinoza:

É preciso superar o conceito de natureza a partir do modelo natural de um corpo pronto/dado, logo, concluído, para uma ideia onde a natureza fosse vista sob a perspectiva do devir humano, onde o corpo seria o resultado de construções e desconstruções diante de

sua historicidade. A natureza vista sob a perspectiva de Espinosa não separa absolutamente o natural do artificial, pois para ele “o artifício faz parte completamente da natureza, já que toda coisa, no plano imanente da natureza, define-se pelos agenciamentos de movimento e de afetos nos quais ela entra, quer esses agenciamentos sejam artificiais ou naturais” (DELEUZE, 2002, p. 129).

O “eu” rizomático de Deleuze e Guattari, aqui já não é mais apenas tudo o que poderia ser chamado de “humano” e “natural” no homem, mas é o corpo com suas próteses sem as quais já “não aguenta mais”, já não pode ser. Assim, quando Deleuze e Guattari (2008), afirmam que ao corpo sem órgãos não se chega, não se pode chegar, nunca se acaba de chegar, porque ele é um limite, entende-se então que o “corpo tecnologizado” não é um corpo, é uma intensidade. É ele um corpo complexo e dinâmico, constituído por uma multiplicidade de outros corpos, desterritorializado das amarras e livre dos aprisionamentos biológicos. Portanto, o CsO é o corpo no seu devir-corpo-não-orgânico, na sua aproximação ao limite, a fronteira da imanência do organismo, ele é precisamente isso, um limite, uma tensão, como colocou Bartolo anteriormente, um devir, não um estado rígido e imutável. Como insiste Deleuze e Guattari (2008), tudo no CsO é uma questão de matéria, isto é, de agenciamento da matéria. Construir o CsO consiste em determinar a matéria que convém ao corpo que se quer edificar. Logo, “[...] o CsO está a caminho desde que o corpo se cansou dos órgãos” (DELEUZE e GUATTARI, 2008, p.10).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Partimos do entendimento de que os participantes são fundamentais para que qualquer pesquisa seja concluída, por este motivo optamos por dedicar esse capítulo a eles. A partir de agora traremos as vozes dos alunos, dos professores e das pessoas envolvidas no processo de coleta de dados para a pesquisa. Para tanto, apresentaremos os dados e faremos a análise a partir de três pontos: A formação, a implementação tecnológica e a morte nos seus aspectos subjetivos.

Antes de adentrarmos na discussão propriamente, faz-se necessário mencionar que a análise é uma das fases mais importantes da pesquisa, pois, a partir dela é que serão apresentados os resultados e a conclusão da mesma, conclusão essa que poderá ser final ou apenas parcial, deixando margem para

pesquisas posteriores (MARCONI & LAKATOS, 1996). A partir da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, optamos por fazer a análise destes através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A escolha por essa técnica justifica-se pelo fato de que, enquanto método de organização e análise dos dados possui características importantes que convergem com as pretensões dessa pesquisa, tais como qualificar a interpretação das análises dos sujeitos, bem como suas percepções sobre determinado fenômeno ou assunto. Como sugere o autor, a análise de conteúdo pode ser caracterizada como sendo um conjunto de técnicas de análise que tem por objetivo enriquecer a leitura e ultrapassar as incertezas, extraindo conteúdos por trás da mensagem analisada (BARDIN, 1977).

Segundo o autor, a análise de conteúdo é, pois:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Todavia, pós fase de coleta de dados, a análise do conteúdo obtido foi desenvolvida em três etapas: Na primeira etapa, separamos o material e fizemos uma leitura flutuante do texto transcrito; assim, organizamos o material, formulamos algumas hipóteses e objetivos a partir do que tínhamos para formar o corpus da pesquisa. Na segunda etapa, realizamos a codificação dos dados para alcançar uma maior compreensão do texto. Posteriormente, analisamos os resultados obtidos e interpretamos os mesmos a partir da leitura do material. Por último, “recortamos” e agrupamos os conteúdos do material por meio da categorização, ou seja, em torno de categorias. Sendo assim, a formação das categorias além de possibilitar a ampliação da discussão, nos direciona para possíveis conclusões. Vale ressaltar também que o modelo de análise do conteúdo que utilizamos foi um modelo misto, uma vez que as categorias são estabelecidas, porém elas podem ser modificadas a partir da demanda do processo de análise (LAVILLE & DIONNE, 1999). Como mencionado anteriormente, o corpus da pesquisa permitiu agrupar os resultados em categorias temáticas de análise e subcategorias, conforme ilustrado na Tabela 6.

TABELA 6 – Categorias e Subcategorias de análise obtidas pelo material coletado

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A FORMAÇÃO	O método de Ensino e as metodologias Ativas
A IMPLEMENTAÇÃO TECNOLÓGICA	A importância da tecnologia médica
A MORTE NOS SEUS ASPECTOS SUBJETIVOS	Ciência X Religião

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

5.1 A FORMAÇÃO

[...] trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar o observador aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesma, escola (FOUCAULT, 2008a, p. 73-74).

Para esta categoria, os dados coletados trouxeram características importantes no sentido de que revelaram as percepções dos alunos e dos professores com relação ao método de ensino e às metodologias ativas adotadas pelo campus Professor Antônio Garcia Filho.

Antes de adentrarmos na análise, vale salientar que a necessidade da participação do aluno como sujeito ativo da sua aprendizagem parece ter sido a principal justificativa para as mudanças ocorridas na formação médica ao longo do tempo. Destacamos ainda que essas mudanças foram provenientes das discussões e debates que se tornaram constantes em diversos fóruns, tanto no Brasil como no mundo (GOMES; REGO, 2011). Sendo assim, houve uma certa urgência para redefinir a forma do ensino médico e para tanto se fez necessário a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina, instituída

pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução CNE/ CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, sendo a mais recente a Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014, formulada pelo Ministério da Educação, tendo como objetivo melhorar a educação médica e assistência à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). As DCN's definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos no Brasil. A criação destas possibilitou a 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 (BRASIL, 2014c).

Dentre as várias propostas, as Diretrizes Curriculares objetivam que o graduado em medicina tenha formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014c). Seguindo a proposta das Diretrizes, o projeto pedagógico para o curso de medicina deve ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador deste processo. O eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população; assim sendo, o estudante deve ser inserido em atividades práticas desde o início de sua formação, utilizando diferentes cenários de ensino aprendizagem com a utilização de metodologias ativas, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, vinculando a formação acadêmica às necessidades sociais da saúde, preferencialmente nos serviços do SUS, como dito anteriormente (BRASIL, 2001/2014c).

Todavia, a proposta de um Campus com metodologia ativa surgiu a partir das exigências das Diretrizes Curriculares. Como veremos adiante, o campus de Lagarto utiliza algumas metodologias ativas de ensino aprendizagem. Todavia, vale destacar que existem várias metodologias ativas com características próprias. Porém, é possível mencionar um ponto comum entre elas: normalmente todos os métodos ativos de ensino trazem o estudante como protagonista e baseiam-se nas novas formas de construir o processo ensino-aprendizagem, opondo-se às estratégias que visam apenas a transmissão de conhecimento, tendo o docente como centro do

processo, com pouco protagonismo dos discentes (MITRE et al., 2008). No Campus, “dentre as metodologias existentes, destacam-se duas, a Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP e a Problemática” (UFS, 2012, p. 2). Assim, considerando outras resoluções, a resolução Nº 08/2012/CONEPE que trata das alterações no projeto pedagógico do curso de graduação em medicina para o campus de Lagarto diz em seu Art.26 que:

O curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência (BRASIL, 2014c, p. 12).

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a metodologia da Problemática são métodos que utilizam problemas a fim de estimular o processo de ensinar e aprender. Essas metodologias se caracterizam pelo protagonismo do aluno uma vez que é ele agente ativo no processo de ensino aprendizagem. Neste tipo de educação ocorre a construção de conhecimentos a partir das vivências de experiências significativas (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004), além da estimulação e desenvolvimento dos alunos em atitudes críticas e criativas em relação ao meio que vivem e à profissão para a qual se preparam (BERBEL, 1995).

A ABP caracteriza-se como uma metodologia formativa, não meramente informativa, como é o caso do modelo tradicional de ensino aprendizagem (BORDENAVE e PEREIRA, 2004; MELO e SANT'ANA, 2012). Segundo Ribeiro (2008), a ABP pode ser definida como uma metodologia de ensino e aprendizagem colaborativa, construtivista e contextualizada, com utilização de situações-problema para iniciar, direcionar e motivar a aprendizagem de conceitos, teorias e desenvolvimento de habilidades e atitudes na sala de aula. Segundo o autor:

[...] A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) – Problem - Based Learning (PBL), como é conhecido mundialmente – é essencialmente uma metodologia de ensino e aprendizagem caracterizada pelo uso de problemas da vida real para estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e das habilidades de solução de problemas e a aquisição de conceitos fundamentais da área de conhecimento em questão (RIBEIRO, 2008, p. 13).

Por conseguinte, a metodologia ativa denominada de Método do Arco foi desenvolvida pelo educador Charles Maguerez por volta do ano de 1970, no entanto, ela só vai ser utilizada como método pedagógico na área da saúde no Brasil, mais tarde. Inicialmente, o uso dessa metodologia teve como referência os trabalhos de Berbel no início dos anos de 1990. Este método é desenvolvido em cinco etapas, são elas: observação da realidade (problema); postos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade. A problematização dá início com a exposição dos alunos a um problema real, logo em seguida, a identificação das variáveis ou postos-chave do problema, a teorização sobre o problema que ocorre por meio de entrevistas com especialistas e pesquisas. Por fim, ocorre a aplicação das hipóteses identificadas para a solução do problema, resultando na interação entre o estudante e o objeto de estudo. (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

Todavia, por meio da análise do projeto pedagógico do campus, além dessas duas metodologias que destacamos por serem as mais utilizadas, o campus Professor Antônio Garcia Filho adota outras metodologias ativas, como por exemplo, a Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE) e o Processo de Aprendizagem Orientado por Inquérito Guiado. Pelo tempo limitado, optamos por não abordarmos essas outras duas metodologias; em todo caso, jugamos ser importante informar ao leitor sobre a existência das mesmas.

Segundo a própria Universidade, as metodologias adotadas visam preparar o estudante na sua totalidade, ou seja, o foco não é apenas no aspecto profissional, mas na formação do cidadão que estará apto ao final para participar dos processos de construção do conhecimento. Desta forma, o uso das metodologias ativas se justificam pela necessidade da formação integral de profissionais médicos com articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, mais próxima da realidade a ser encontrada pelos novos profissionais, que atuarão como agentes dinâmicos, críticos e modificadores, com ênfase na coletividade e no Sistema Único de Saúde; pela necessidade de se fortalecer a descentralização e interiorização de programas de saúde, da gestão do SUS, a reorganização das práticas de saúde orientadas pela integralidade da assistência e a implementação do controle social; pela necessidade de se definir um projeto pedagógico solidário com o projeto político da sociedade; entre outros (UFS, 2012).

Contudo, a utilização do método de ensino ativo pela Universidade Federal de Sergipe no campus de Lagarto, tem como meta que ao final do curso o médico

formado seja capaz de prestar atenção médica integral e ampliada, fundamentada no equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, a partir de quatro focos de competência propostos pelo projeto pedagógico da Instituição: gestão de serviços de saúde, cuidado individual, cuidado coletivo, e produção e difusão de conhecimentos. (UFS, 2012). Nessa perspectiva ligada ao âmbito da formação, o campus de Lagarto através do uso das metodologias ativas almeja:

a) Formar médicos que apresentem um perfil de competências baseado em conceitos e práticas interdisciplinares e transdisciplinares voltados para as necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade; b) Fornecer visão integradora das teorias e das práticas, com formação reflexiva, contextualizada em termos das ações e sistemas de saúde socialmente instituídos e, com isso, formar profissionais capazes de aprender a aprender continuamente, capazes de avaliar criticamente seus saberes e ações; c) Ser agente de mudança, protagonizada por docentes, estudantes e suas interações com trabalhadores e usuários do sistema de saúde; d) Oferecer formação focada no processo saúde-doença, visto como um fenômeno sócio-existencial, balizada pelos desempenhos cognitivo, atitudinal e psicomotor dos estudantes, com constante percepção da importância social do trabalho, da postura ética e humanizada, e, e) Ser mantenedor e amplificador da qualidade do sistema de saúde (UFS, 2012, p. 2).

O uso das metodologias ativas de ensino aprendizagem pelo campus, é inclusive motivo de atração entre os professores. Os dados coletados mostram que dos 5 (cinco) professores entrevistados, 4 (quatro) afirmaram que um dos motivos que os levaram a lecionar foi exatamente o fato do campus utilizar essas metodologias ativas. Quando perguntados sobre o que eles achavam com relação ao método de ensino, os 5 (cinco) avaliaram o método como positivo para o processo de formação do aluno. A tabela 7 mostra o que foi perguntado na entrevista. Vejamos:

TABELA 7 – Perguntas sobre o Campus e o Método de Ensino para os Professores

Motivo que te levou a lecionar no Campus Professor Antônio Garcia Filho?
Com relação ao método de ensino adotado pela UFS – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, qual é a sua opinião enquanto professor?

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

A atração pelo campus e pelo método é destacada nas falas de alguns dos professores:

P1 - O meu interesse pelo Campus foi pela proposta pedagógica, uma proposta inovadora, tanto em relação aos métodos de ensino aprendizagem utilizados, quanto a integração entre os cursos. Então, essa foi a minha principal motivação que me fez, inclusive me mudar de Ribeirão Preto, interior de São Paulo para Sergipe, para prestar o concurso para o Campus.

P2 - É a opinião de quem já está há quase dez anos lecionando com as metodologias e que também leciona na pós-graduação em metodologia tradicional. Na minha opinião, é uma perspectiva mais adequada a formação do profissional de saúde, por conta das muitas habilidades, competências e das vivências que o profissional de saúde deve ter. Eu sou professor de prática de ensino na comunidade, do ciclo comum e é um módulo extremamente importante, que para mim é o diferencial do Campus de Lagarto porque a gente tem alunos dos oito cursos da área da saúde integrados ao território. Então a gente já tem essa inserção no início da formação. Então essa articulação ação, prática/teoria, teoria/prática ela ganha um significado muito mais importante, além do próprio processo de ético-político dos estudantes terem a compreensão a que se destina essa formação deles. O Campus que é voltado para a formação de profissionais generalistas para atuarem no SUS, então essa inserção imediata, eu não digo precoce, porque não é queimando etapas, é compreendendo que é importante essa articulação com a teoria e a proximidade deles com a realidade prática. A partir daí a formação deles ganha outro significado. Um significado mais coerente com as demandas da sociedade. Isso para mim é fantástico. Além do desenvolvimento do protagonismo do estudante, essas relações mais horizontais, na quais o professor não ser o detentor do conhecimento, não ser a pessoa que vai conduzir o processo, acaba sendo o mediador; que à primeira vista pode parecer um pouco ameaçador, mas, como eu já vinha da saúde coletiva, já vinha trabalhando nessa perspectiva mais da extensão, não foi difícil para mim me adaptar, pelo contrário.

P4 - Eu gosto muito! Acho um método muito dinâmico, acredito que os alunos têm a possibilidade de aprofundar os estudos, de pesquisar toda a literatura científica, eles ficam menos engessados na busca dos conhecimentos.

De fato, a implantação das metodologias ativas supõe de certo modo uma atualização inovadora na construção desse “novo” tipo de profissional e na forma como eles estão sendo preparados durante a sua formação, o que nos leva a afirmar que o objetivo principal das Diretrizes Curriculares neste caso, parece está sendo cumprido uma vez que o documento pressupõe que o método de ensino adotado por cada instituição de Ensino Superior para os cursos da área da saúde seja capaz de:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2012, p. 4).

No campus Professor Antônio Garcia Filho, a proposta pedagógica não só parece ser atraente entre os professores, como também “faz sucesso” entre os alunos. Exemplo disso, é que todos os alunos entrevistados, incluindo alunos e ex-alunos, a maioria deles destacaram em algum momento das suas falas que o uso das metodologias ativas pelo campus teve influência para a escolha do curso. Na tabela 8 as duas primeiras questões foram respondidas por todos os 11 (onze) alunos da amostra. Já as perguntas 3 e 4 foram acrescentadas e apenas os 5 (cinco) alunos iniciantes responderam. Vejamos o que foi perguntado para eles:

TABELA 8 – Perguntas sobre o Campus e o Método de Ensino para os Alunos

Porque você escolheu o curso de Medicina da UFS - Campus de Lagarto?
Com relação ao método de ensino, você encontrou dificuldades? Quais?
Você pesquisou sobre o método de ensino antes de escolher o Campus?
Quais as suas expectativas principais para com o curso que se inicia?

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Entre o grupo dos alunos iniciantes, 4 (quatro) dos 5 (cinco) alunos que foram entrevistados afirmaram que o uso das metodologias ativas teve influência para a escolha do campus e que eles haviam pesquisado ou já tinham tido alguma familiaridade com alguém que teve contato anteriormente com o método ativo:

AI3 – Escolhi a medicina da UFS de Lagarto por conta das metodologias ativas, porque, eu acabei percebendo que as metodologias ativas poderiam me tornar um profissional melhor, tanto mais humano, quanto mais sensível e quando eu soube que a UFS de Lagarto trabalhava com essas metodologias, eu vi ali uma possibilidade de ingressar nesse método de ensino.

AI2 - Bom, de início meu intuito não era passar em Lagarto, mas fiquei como suplente no campus de São Cristóvão e com a expectativa de ser chamada. Esperando essa primeira lista, passou quase dois meses e eu já estava ficando enturmada com alguns calouros através dos grupos de whatsapp e tinha escutado vários

elogios dos veteranos sobre a metodologia ativa, de como os professores são parceiros e unidos com as turmas; sobre a estrutura da universidade que era impecável, enfim, só alegria. Quando eu fui chamada pelo campus de São Cristóvão eu fiquei muito indecisa, nervosa, porque seria mais próximo da minha casa e eu não precisaria me mudar, mas no fundo eu já tinha escolhido, sabe? O que mais pesou nessa minha escolha foi a metodologia, que me chamou atenção, principalmente porque eu sou uma pessoa muito tímida, tenho dificuldade de me socializar e de falar em público, isso me fez pensar que eu indo para Lagarto, me ajudaria demais nessas questões. E já na primeira semana de acolhimento, eu percebia diferença, o quanto tudo é diferente e mais leve.

A15 - Então, o método de ensino para mim foi o diferencial, até tive a oportunidade de entrar aqui em Aracaju, mas eu optei pelo de Lagarto pela questão do método de ensino, porque meu primo e irmã já tiveram contato com as metodologias ativas com o PBL e eles falavam muito bem, como foi enriquecedor o aprendizado. Então, essa é a minha segunda graduação e a primeira eu fiz pelo método tradicional, eu sou graduado em engenharia civil.... Mas escolhi o campus de Lagarto por conta do método de ensino e porque Pombal, Ribeira do Pombal apesar de ser Bahia é quase divisa com Sergipe.

O aluno iniciante que respondeu não ter sido influenciado pelo método de ensino para a escolha do curso e do campus, justificou sua resposta afirmando:

A11 - Eu nem escolhi o campus nem o método de ensino, meio que caí de paraquedas aqui, sabe? Então, vai ser tudo muito novo para mim. Eu acho que para qualquer pessoa que está entrando no campus de Lagarto, porque todo mundo é acostumado com o método tradicional.

Com relação as expectativas para o curso que se inicia. Os 5 (cinco) alunos expressaram entusiasmo no sentido positivo em suas falas:

A14 - As minhas expectativas estão muito, muito altas, tem ansiedade por trás, tem um certo medo porque tudo que é novo assusta um pouco, mas de certa forma eu tô tranquila, porque acredito que vai ser um aprendizado fluido, um aprendizado eficaz, humano, porque, acima de tudo eu acredito que qualquer área da saúde, sobretudo na medicina tem que ser extremamente humano e eu acredito que no campus de Lagarto a gente vai ter sim, esse ensino passado, o conteúdo passado e aprendido de uma maneira mais humana, mais eficaz.

A15 - As minhas expectativas estão bem altas com relação ao gostar do contato com o pessoal e gostar de trabalhar com saúde. Espero que dê tudo certo.

AI2 - Eu tenho as melhores expectativas possíveis. Eu tenho total consciência da responsabilidade que é ingressar no campus de Lagarto, do quanto precisamos nos doar, muito mais que estudar, mas trocar experiência, saber a hora de escutar, saber a hora de argumentar, lidar com pessoas de diferentes cursos já no primeiro ciclo.... Eu acredito que os médicos formados no campus de Lagarto são diferenciados. Vou aproveitar tudo de melhor que a UFS puder me proporcionar, eu acho que para mim é o que eu mais quero. Espero aprender a ter autoconfiança, espero aprender com a comunidade em si, com pessoas simples. Eu quero criar laços com novas pessoas, se possível com os professores também, e é isso.

Entre o grupo dos alunos concludentes e dos ciclos mistos, os 4 (quatro) alunos entrevistados afirmaram que “sim”, as metodologias ativas foram relevantes para a escolha do campus, mesmo afirmando que tiveram e alguns ainda continuam tendo dificuldades de adaptação:

ACCC1 - O campus, em particular, oferece o ensino por meio das metodologias ativas, um diferencial que me chamou bastante atenção. Primeiro, porque sempre serei o protagonista do meu aprendizado, acrescentado aos fatores de que desde o início da graduação estar em contato com a realidade prática, ensinado a resolver problemas reais, lidar com a comunidade, buscar meu próprio conhecimento sem depender exclusivamente do conhecimento do professor. Isso, com certeza, foi e tem sido uma grande âncora que me hospeda ao campus de Lagarto.

ACCC3 - No começo encontrei dificuldade, por ser algo diferente do que eu vinha estudando ao longo da minha vida, então eu demorei alguns meses para me adaptar, os professores ajudaram muito nisso.

Entre o grupo de alunos graduados, os 2 (dois) entrevistados embora não tenham dito que no momento da escolha do campus as metodologias foram decisivas; eles deixaram a entender que apesar das dificuldades encontradas inicialmente no começo da graduação, eles se adaptaram rapidamente:

AG1- No começo senti um pouco de dificuldade. Era tudo muito novo, muito intenso. Mas não demorei a me adaptar. Faria outra faculdade pelo método PBL com certeza!

AG2 – Eu senti dificuldade no começo, acho que isso é normal, afinal estava vindo do método tradicional. Estudei a minha vida toda assim, quando cheguei no campus encarei as metodologias ativas como algo que iria me acrescentar, então me esforcei para me adaptar e deu certo. Pouco tempo eu já tinha superado isso.

Voltando para as falas dos professores uma das características que nos chamou bastante a atenção diz respeito a como essas metodologias interferem de forma positiva no processo de formação uma vez que a ideia de preparar um profissional diferenciado, protagonista, agente ativo de mudança dentro da sua comunidade, se faz presente de forma constante durante toda a vida acadêmica dos alunos e como a interação desses alunos com outros alunos e com a comunidade de modo geral contribui para a construção de uma nova maneira de lançar o olhar sobre o próprio processo de formação em saúde. Destacamos isso na fala a seguir:

P1- É uma excelente oportunidade para nós podermos melhorar o processo de formação do profissional de saúde. Então, é trabalhar com métodos de ensino aprendizagem ativos, como o PBL (aprendizagem baseada em problemas) e a problematização pelo arco de Charles Maguerez, que são os dois principais métodos utilizados no Campus, oferece uma oportunidade para o desenvolvimento de competências nos estudantes, que os tornam mais proativos, que oferece oportunidade de uma maior interação entre os estudantes do mesmo curso e entre os estudantes do Campus, dos oito cursos. Então, a minha opinião é que é um excelente método, o desenho pedagógico, o desenho curricular de Lagarto é bastante potente para formação de profissionais mais proativos, mais engajados com a sociedade. As perspectivas deles tarem cedo na comunidade contribui para que eles tenham uma visão melhor e mais integral da realidade de saúde e, portanto, construam competências relacionadas as necessidades reais da população do interior do estado.

Analizando o processo de formação dos alunos e o quanto o método ativo de ensino aprendizagem implantado pela Universidade Federal de Sergipe, para o curso de medicina do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, se faz indispensável para a formação de um profissional generalista, aqui concordamos com Bártolo (2007, p. 25) quando ele afirma que [...] as operações praticadas sobre o corpo visam, de um ou de outro modo, a sua produção de sentido, a sua instrumentalização, isto é, a sua adequação objetiva a um determinado fim”.

A proposta pedagógica para o campus propõe entre outras coisas, uma educação integral, compartilhada com outros saberes e contextualizada no sujeito em sua existência na sociedade, além de prevê que esta formação se dê a partir da reflexão da prática em um ciclo que retorna à mesma, transformando a realidade. Logo, objetivando atender ao modelo de ensino do campus, o curso é orientado por competências e seu currículo dividido em ciclos anuais, como vimos detalhadamente no item que trata sobre o curso de medicina.

5.2 A IMPLEMENTAÇÃO TECNOLÓGICA

O crescente acoplamento vivo-máquina conquistou extensão e profundidade ao se estender ao campo médico e à vida comum (BÁRTOLO, 2007, p. 30).

Antes de nos enveredarmos nos caminhos da análise desta categoria e sua subdivisão, a persistente inquietação nos leva a questionarmos: tecnologia e corpo humano combinam? Intercambiam? São fusões ou cisões? Onde termina o corpo “natural” e onde começa o corpo tecnológico? Ou, dada a ubiquidade da tecnologia, o corpo humano já não seria tecnológico? Ou ainda, a ordem não seria onde termina o corpo tecnológico e onde começa o corpo natural? Ou, dada a geral promiscuidade entre tecnologia e o corpo, não seria o caso de se considerar ambas as perguntas simplesmente sem sentido? Talvez.

Interrogamos isto porque entendermos que de modo geral, o senso comum tende a se referir a relação entre homem e tecnologia sempre baseada a partir da ideia de dominação de um em relação ao outro, visto que historicamente lidamos com as cisões: cultura/natureza, natural/artificial/ carne/silício, enfim. Aqui, poderíamos ainda perguntarmos: será mesmo essa a única maneira de conceber essa relação?

Ora, refletindo a respeito de algumas dessas questões a partir dessa perspectiva histórica como fizemos em um dos capítulos desse texto, notamos o poder exercido pela tecnologia sobre o corpo e as distintas dimensões da vida do ser humano. Embora, percebemos também que esta mesma tecnologia parece encerrar em si uma ambiguidade inerente, muito bem descrita por Cupani, Bunge, Galimberti, Heidegger e outros autores. A partir da leitura destes nos arriscamos dizer que a tecnologia não é algo neutro e totalmente manipulável pelos humanos, nem tampouco seria ela potência autônoma isolada. Sendo assim, a tecnologia seria instrumento mediador entre a natureza e o homem, pois longe de ser algo alheio a nós mesmos, as técnicas e tecnologias são de fato a nossa própria natureza, já que as fazemos, dia após dia, mas, de igual maneira, elas também nos fazem, num só movimento de reciprocidade (GALIMBERTI, 2015). Logo, o produto resultante da junção tecnologia/homem/corpo, seria responsável pela implementação tecnológica na vida. Falamos aqui daquilo que intermedia e possibilita adiar a morte e gerar

corpos híbridos de natureza e cultura. Portanto, tecnologia e corpo são interdependentes. Nessa perspectiva:

[...] O desenvolvimento tecnológico produz novas formas de organização e de expressão das tensões, já não polarizadas, mas agora, crescentemente, interfaciadas. É sob o desígnio da interface que se introduzem no corpo humano, inclusivamente no cérebro, chips electrónicos e se produzem máquinas feitas de carne, matéria orgânica, biopolímeros. A carne do homem vai sendo enxertada de metal, de transístors, chips e electrónica, e a carroçaria da máquina vai sendo enxertada de carne, artérias e fluidos. O cérebro humano já há algum tempo deixou de ser intocável à experimentação médica, para se tratarem as mais variadas disfunções vão-se recorrendo a próteses, cada vez mais leves, cada vez mais pequenas, cada vez mais “compatíveis”; por sua vez o “cérebro” da máquina também já há algum tempo vem sendo apurado para ganhar inteligência e mesmo sensibilidade (BÁRTOLO, 2007, p. 30-31).

Partindo dessa ideia, em um dos itens da entrevista lançamos uma questão comum para todos os alunos, ex-alunos (graduados) e para os professores participantes da pesquisa. A primeira questão foi direccionada aos 2 (dois) alunos graduados e aos 5 (cinco) professores; já a segunda questão foi direccionada para os 9 (nove) alunos incluindo todos os ciclos que estão cursando medicina e que participaram da pesquisa. Vejamos na tabela 9:

TABELA 9 – Pergunta relacionada a tecnologia médica

Enquanto profissional da saúde, como você entende a situação de uma pessoa só conseguir se manter viva graças a tecnologia médica?
Enquanto aluno de Medicina, como você entende a situação de uma pessoa só conseguir se manter viva graças a tecnologia médica?

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Como vimos ao longo do texto, a inovação tecnológica contínua e a contribuição de ciências específicas possibilitaram a medicina criar seus próprios modelos de intervir no corpo e sobre a morte, em vez de apenas observá-los. Desta forma, vida e a morte se entrelaçam e o olhar médico que se estabelece a partir da modernidade vai se sustentar no princípio do olhar que viu a morte, “grande olho branco que desfaz a vida” (FOUCAULT, 2008a, p. 160). Com o olhar médico juntamente com o advento da tecnologia e sua utilização, a morte passa a ser

encarada como um estado passível de ser evitado ou, pelo menos, postergado, ampliando o sentido do poderio humano. Sendo assim:

[...] a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também desse mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude (FOUCAULT, 2008a, p. 218).

Na entrevista, quando perguntamos aos 5 (cinco) professores e aos 2 (dois) alunos graduados sobre como eles entendiam a situação de uma pessoa só conseguir se manter viva graças a tecnologia médica, dos 7 (sete) participantes nenhum deles entende a tecnologia como sendo algo negativo, porém fizeram algumas ressalvas uma vez que segundo eles, se trata de algo delicado e que deve ser levado em consideração todos os aspectos. Vejamos as falas a seguir:

P2 - Eu entendo de uma forma positiva, desde que essa manutenção da vida não seja um prolongamento do sofrimento. E aí entra as questões das implicações éticas. Mas, considerando as possibilidades, a tecnologia que os avanços científicos nos proporcionam, principalmente na resolução de problemas que até então outras formas de compreensão que outras formas de resolução não deram conta, eu sou extremamente satisfeito com essa possibilidade, até mesmo porque, como professor universitário a gente sabe que essa racionalidade científica é o que deve pautar nossa conduta no processo de formação, apesar da gente saber que não é a única forma de produção de conhecimento e compreensão da realidade, mas é uma forma extremamente importante, desde que, como eu falei essa manutenção da vida não represente prolongamento do sofrimento, não respeite a autonomia e a capacidade do paciente, e outras questões que atravessam essa relação de vida e morte. Eu acho que é algo extremamente positivo e que mostra que é um traço da capacidade de adaptação que nós temos e a ciência, a medicina demonstra isso.

P5 - Enquanto profissional de Medicina, entendo que a vida mantida às custas da tecnologia médica deve levar em conta vários aspectos, principalmente o desejo do paciente e da sua família.

P4 - Eu acho que é importante, eu acho que é um avanço a gente ter a medicina avançada suficiente para manter uma pessoa viva graças a tecnologia. Eu acho que isso é benéfico para sociedade como um todo.

Das 7 (sete) falas, uma delas especificamente nos chamou bastante atenção por conta de trazer um enfoque voltado mais para a religiosidade e as crenças

peçoais do participante. A fala não nega a importância da tecnologia médica, mas parece apontar uma possível limitação por parte desta ao não dar conta do fenômeno espiritual. Neste sentido, a tecnologia potencializaria e auxiliaria para o prolongamento da morte, mas não seria fator determinante. Em outras palavras, a tecnologia médica seria complemento. Isso fica evidenciado a seguir:

AG1 - Acredito que além da tecnologia médica há uma espiritualidade a quem chamo Deus que muitas vezes está acima do nosso entendimento científico. É claro que o avanço científico tem permitido que avancemos como seres vivos e sociedade: O advento das vacinas, técnicas cirúrgicas, medicamentos, dentre outros insumos. Contudo, na medicina nem sempre “2+2 são 4”. O imprevisível pode acontecer. Bom, prognóstico de doença nem sempre é certeza de cura, sucesso. Trabalhamos sempre para o bem do paciente, mas certos desfechos a “tecnologia médica” não alcançam.

Dos 9 (nove) alunos participantes, incluindo os iniciantes e alunos dos outros ciclos, 2 (dois) deles disseram que não se sentiam preparados para opinar sobre a questão. 1 (um) deles entende o uso da tecnologia nessa situação como sendo algo negativo e 6 (seis) deles responderam que entendem a tecnologia médica como sendo algo positivo, porém fizeram ressalvas e enfatizaram que essa deve ser uma escolha da família e do próprio paciente. Vejamos as falas a seguir:

AI 5 - Deixe ver como é que eu posso formular a minha resposta, acho que com a tecnologia você consegue resolver um problema que em uma outra época, em outra situação, você não tinha como corrigir e a pessoa teria a sua vida ceifada. Por exemplo, essa questão da insulina, o controle não vai mudar a rotina dela e é uma tecnologia que é extremamente importante para a pessoa manter uma qualidade de vida. Então, eu não vejo problema nessa questão. Acho que é muito comum, você ter uma pessoa que tem um problema cardíaco fazer uso de um marcapasso, uma pessoa que usa um aparelho auditivo.... Com relação a tecnologia para vida, eu acho maravilhoso.

ACCC1 - A gente enquanto médico, pode está querendo salvar a qualquer custo a vida do paciente e essa tecnologia que mantém o paciente vivo ainda é entre aspas, um sopro de esperança, porque enquanto a máquina está lá deixando ele vivo, você pode ficar tentando arrumar um jeito de realmente deixar ele vivo sem as máquinas. Só que, isso é o pensamento médico, porque você quer salvar o seu paciente, mas a gente tem que analisar que as vezes pode não ter volta e é só sofrimento para a pessoa. Pensar também que, por mais que a gente possa deixar a pessoa viva, sem as

máquinas, ela vai ter uma vida saudável? Ela vai poder realizar as suas atividades normalmente? Ela vai poder comer sozinha? Ela vai poder ir ao banheiro sozinha? Tomar banho sozinha? Ela vai poder caminhar no parque com seu filho? Eu enquanto médica espero continuar com esse pensamento de que, só precisa estar vivo se for para ter uma vida digna, e isso com certeza eu irei conversar com todos os meus pacientes e com os familiares dos meus pacientes, porque para mim, manter uma pessoa viva por máquinas por simplesmente não querer que ela morra de fato, para não tirar ela da terra, para mim é... Chega a ser desumano e eu não quero nem vou tratar a medicina como algo de endear, não sei se esse o termo correto. Eu vou tratar de uma maneira extremamente humana. E eu acho que manter uma pessoa viva por máquinas, pelo simples egoísmo de não querer que ela parta, é extremamente desumano e eu não concordo.

ACCC2 - Eu acho que isso deve ser uma escolha do paciente, quanto da família para a permanência ou não daquela pessoa naquela situação. Eu entendo dessa forma.

A fala do ACCC1 faz referência a medicina enquanto uma atividade humana, enfatizando que o homem é menos dono da realidade do que imagina; apesar de ser, mesmo assim, o “lugar” em que o Ser se manifesta (HEIDEGGER, 2001).

Ora, o desejo de alcançar a imortalidade a partir da gerência vida/morte e o medo do que este controle poderia ocasionar foi responsável pela produção de uma sensação ambígua. Vimos isso quando fizemos alusão várias vezes ao mito de Prometeu – O homem rouba o fogo da sabedoria, mas, quando cria meios de manipulação da natureza, da vida, da morte, ao mesmo tempo teme pelo castigo por querer “brincar de Deus”. Entretanto, pensar o corpo humano sem as tecnologias corporificadas a ele, parece ser atualmente tarefa impossível (TONELLI, 2000), pois o biológico e o tecnológico coexistem no mesmo espaço/corpo compartilhado. A substituição de partes do corpo, o coração pulsando no ritmo do marcapasso, a morte sendo adiada é o modelo mais pueril dessa realidade. A Revista ISTO É, na sua edição de número 2207 de 24 de fevereiro de 2012, na seção “Medicina & Bem-Estar”, traz uma reportagem com o título “A era dos homens imortais”, cuja chamada vem nas seguintes palavras:

Recursos como próteses para substituir neurônios, máquinas que constroem DNA, coração e até outro cérebro permitirão que a próxima geração viva pelo menos até os 150 anos – e as sucessoras, ainda muito mais (OLIVEIRA, 2012, p. 1).

O texto da reportagem, de autoria de Monique Oliveira, começa dizendo o seguinte:

O ano será 2045. Ele marcará o início de uma era em que a medicina poderá oferecer à humanidade a possibilidade de viver por um tempo jamais visto na história. Órgãos que não estejam funcionando poderão ser trocados por outros, melhores, criados especialmente para nós. Partes do coração, do pulmão e até o cérebro poderão ser substituídos. Minúsculos circuitos de computador serão implantados no corpo para controlar reações químicas que ocorrem no interior das células. Estaremos a poucos passos da imortalidade. (OLIVEIRA, 2012, p. 1).

Pois bem, esse do qual se refere a reportagem é um corpo produto da tecnociência, metade orgânico, metade artifício: o corpo *Cyborg*⁴⁵. O paradigma do “ciborgue só faz sentido, em um mundo que exige claras divisões e que busca a pureza, significar a inanidade das próprias categorias a partir das quais o analisam e o instituem” (HOQUET, 2019, p. 48). Ciborgue é uma palavra-valise, composta para descrever uma realidade que não é menos realidade: o acoplamento entre uma forma artificial e uma forma natural, entre dois modos de regulação – uma máquina cibernética e um organismo.

A palavra ‘cibernética’ foi cunhada por Norbert Wiener (1894-1964) a partir do grego *kubernétês*, o piloto, aquele que sabe a arte de conduzir um navio. A cibernética designa a ‘ciência do controle e da comunicação nos seres humanos e nas máquinas’ e se interessa pela transformação da informação e pelo controle da ação” (HOQUET, 2019, p. 33).

Acreditamos que como metáfora, o corpo ciborgue desafia as dicotomias tradicionais sendo uma expressão de libertação do corpo, favorecendo o surgimento de contradições, e isso é possibilitado pela junção corpo/tecnologia. Entretanto, vale lembrar que o corpo ciborgue não tem a ver unicamente com a quantidade de bits de silício sob a pele ou quantas próteses o corpo contém. Tem a ver antes de tudo, com o fato de em uma ida à unidade de terapia intensiva, por exemplo, a pessoa ser capaz de observar uma prateleira de medicamentos, olhar ao redor da cama e se dar conta que respiradores, desfibriladores, tubos etc. não estariam ali se não

⁴⁵ Usamos o termo aqui a partir da leitura de Haraway (2009). Segundo a autora, o Cyborg seria fruto de uma sociedade tecnocrática, paternalista e militar. No seu manifesto, Haraway pondera que precisamos de teorias críticas modernas sobre a forma pela qual se constroem significados e corpos; não para negá-los, mas para viver em significados e corpos que têm chance de um futuro. A proposta é que se veja o Cyborg como a imbricação do humano, do animal e da tecnologia.

houvesse a ideia de corpo “que precisa ser mantido funcionando”. Não pretendemos adentrarmos por agora nas implicações do corpo *cyborg*. Fica o convite à reflexão, visto que esse assunto é muito complexo e demandaria mais tempo para ser discutido nessa dissertação.

Retomando a nossa análise, considerando as questões sobre o uso da tecnologia para o adiamento da morte, podemos observar que existe uma pluralidade de respostas possíveis e que vários pontos de vista devem ser considerados, não se tratando de um relativismo sem limites. Ao falarmos a respeito desse adiamento com os participantes da pesquisa, ficou claro que todos concordam que a utilização da tecnologia só tem sentido quando está a serviço da vida, do ser humano.

Para destacar essa importância com maior clareza, aplicamos a entrevista a um grupo composto por 6 (seis) pessoas que em algum momento das suas vidas necessitaram ou estão necessitando da tecnologia médica para o adiamento da morte. Na tabela 10, constam algumas perguntas, vejamos?

TABELA 10 – A importância da tecnologia médica para o adiamento da morte

Qual é o tipo de dependência que você tem ou teve com relação a tecnologia médica?
O que a tecnologia médica representa ou representou para você?

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

É importante lembrar que o corpo e seu funcionamento sempre fascinaram a humanidade e em especial, os médicos por assim dizer, constituindo-se em grande enigma e mistério desde épocas antigas até os dias atuais. É sabido também que a questão da morte tem sido central desde os “primeiros passos” do pensamento; fato que nos levou a dedicarmos um item nesse texto para falarmos sobre o assunto. Como vimos, desde as concepções iniciais de morte, houveram alterações significativas do significado exato do termo. O ceticismo público, filosófico e científico segue dividindo opiniões e reavivando críticos e entusiastas com relação as vantagens e desvantagens do uso da tecnologia médica para o adiamento da morte. Nessa perspectiva, deixadas de lado as polêmicas, traremos a partir de agora as falas das pessoas que necessitaram, ou estão necessitando dessa tecnologia para o adiamento das “suas mortes”.

Quando questionamos a respeito da importância da tecnologia médica, os 6 (seis) participantes demonstraram uma visão positiva, reafirmando a relevância do seu uso. Vemos isso em algumas falas:

PD3 - A tecnologia médica é totalmente crucial, eu acho que é de extrema importância. Ela representou na verdade para mim, quase Deus, a minha salvação... Como eu tive um acidente, né? Colidi com um carro contra um cavalo é... eu tive traumatismo craniano e bati o tórax também, então assim... eu fiquei na UTI e precisei ser entubado, a questão da tecnologia foi muito crucial. Fiz muitas tomografias, para fazer avaliação neurológica, tomografia do corpo todo, fiz exames do coração, a parte toda de exames eu fiz. Então assim, fiquei respirando com máquinas, usando muitos medicamentos, com aquelas máscaras que botam depois de ser entubado.... Então, eu dependi extremamente da tecnologia, tanto para me manter a salvo, como para fazer toda parte de acompanhamento.

PD4 - Essa tecnologia representa um avanço no meu tratamento. Eu tenho 34 anos de diagnóstico e quando eu passei a ser usuária de bomba de insulina eu tive uma melhora bastante considerável nos meus quadros de hipoglicemia e hiperglicemia, eu tenho pouca variação glicêmica hoje em dia, eu consigo me manter mais tempo do meu dia na meta glicêmica, que é estabelecida pela minha equipe médica e tô muito feliz; ela é liberada frações de insulina rateado por 24 horas, então fica o controle muito bem próximo a de um pâncreas. Eu tô muito feliz.

PD6 – Eu demorei muito para procurar ajuda. Quando fui ver, já estava tudo avançado, aí o médico me explicou a minha doença e foi falando um monte de coisa que eu não entendia nada, radioterapia, cortisona, quimioterapia, fisioterapia, morfina... dizendo os efeitos colaterais e o que ia melhorar. No final me perguntou: então, o que você escolhe? Eu não sabia, eu lá tinha condições de escolher? Aquilo tudo me confundiu, eu só queria ter menos dor.

PD3, é um paciente que ficou internado por 15 dias em uma unidade de terapia intensiva no HUSE após sofrer um grave acidente de trânsito. Na fala do participante, aparece o termo “salvação”, pois segundo ele a tecnologia médica o-salvou da sua morte. Já PD6, é um paciente em fase terminal que durante os seis últimos meses tem dependido da tecnologia médica para adiar a sua morte. De modo geral, as falas de PD3 e PD6 são extremamente relevantes para a nossa reflexão aqui, porque ao mesmo tempo que questionamos o poder hegemônico do arsenal médico via uso da tecnologia no controle do corpo para o adiamento da morte, como vimos na fala de PD6, notamos na fala de PD3 o quanto que a medicina carrega em si a promessa da salvação através de sua capacidade técnica e tecnológica de curar, de “salvar o humano”. Nesse sentido, é aceitável pensar que o crescente aumento da

importância da tecnologia aliada a medicina em nossa sociedade, faz com que ela assuma esse papel de “salvadora”, como descrita na fala do PD3. Entretanto, um dos maiores perigos da tecnologia é quando o produto da ciência acaba se transformando em objeto de fé, afinal o maior legado que a ciência vem deixando na modernidade não provém necessariamente de seus produtos tecnológicos, mas sim a forma com que ela mesma vem ocupando um espaço mítico. Como afirma Graciela Sarti, *“Las figuras que propone la ciencia no serán sagradas pero sí aparecen como proféticas, apoyadas en el prestigio de la apelación a lo científico”* (2012, p. 34). A essa mitificação cabe o alerta de Galimberti (2015), a técnica não tende a um fim, não promove um sentido, não inaugura cenários de salvação, não redime, não desvela a verdade: a técnica simplesmente funciona.

Na tentativa de expandir um pouco mais o entendimento acerca da questão da implementação tecnológica e a importância dos “avanços” desta para o adiamento da morte dos “vivos”, selecionamos um caso específico descrito por David Le Breton a uma revista espanhola e pedimos apenas para os 5 (cinco) professores e os 2 (dois) alunos graduados comentarem de forma livre. Vejamos a seguir:

TABELA 11 – Caso direcionado aos professores e aos alunos graduados

Comente sobre o caso a seguir: “O psiquiatra Willard Gaylin, sugere em um dos seus artigos, a criação de “bioempórios” ou bancos de neomortos (onde corpos nos quais cessaram as atividades cerebrais ficariam). Nestes locais, esses corpos seriam conservados para serem utilizados como matéria-prima de estudantes de medicina, que utilizariam os mesmos para experimentação de transplantes, injeção de vírus, manipulação de tecidos, teste de medicamentos etc. Os neomortos seriam indistinguíveis de pacientes em coma, porém com a diferença de que já haveriam atingido aquela zona indeterminada chamada “morte cerebral” e, portanto, tecnicamente mortos. Diz o psiquiatra que há muito tempo já existe uma tradição de bancos de partes do corpo: olhos, sangue, pele, portanto o banco de neomortos faria apenas ampliar essa situação, com a vantagem de se ter corpos inteiros para a prática médica e, portanto, salvar muito mais vidas”. (LE BRETON. REIS, Espanha, n.68. 1994, p. 97).

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Dos 7 (sete) participantes que comentaram o caso acima, 3 (três) deles acharam o tema muito polêmico e controverso, visto que segundo eles envolvem questões bioéticas; portanto, optaram por destacar as vantagens e desvantagem dessa prática em suas falas. 3 (três) deles concordaram e destacaram apenas as vantagens da prática e 1 (um) deles não concordou de jeito nenhum. Vejamos alguns dos comentários:

P1 - Então, é um assunto novo para mim. Eu entendo como um assunto bastante polêmico, né? Muito provavelmente há muitas questões bioéticas envolvidas então, há que se pensar com calma, há que se fazer uma reflexão e uma consulta a sociedade de forma geral que envolva representantes de sociedades de profissionais de saúde, sociedades que trabalham com direitos humanos, população em geral, instituições de formação de profissional, para que se tenha mais profundidade no assunto, mas eu acho um termo bastante polêmico. É... Eu tenho um certo receio de uma iniciativa como um banco de neomortos sem que se tenha constituída anteriormente uma clareza ética, bioética muito grande, um, discernimento muito grande entre as fronteiras entre vida e morte, entre o que significa a pessoa está fisicamente, biologicamente viva, mas sem condição de recuperar o seu estado anterior. Por outro lado, eu consigo enxergar aqui em termos de pesquisa científica, que pode agregar bastante valor, pode oferecer oportunidade de estudos diferenciados e construir novos conhecimento para a saúde, para o cuidado da saúde. Mas, eu acho um tema ainda muito, muito precoce na nossa sociedade para existir.

AG 1 - Para que corpos sejam utilizados com a finalidade científica é necessária expressa autorização e aparatos legais para tal. Há uma tendência mundial para a utilização de corpos fictícios, de material sintético, que simula as estruturas humanas, contudo, corpos reais ainda são utilizados na academia médica e de diversos cursos da saúde. A questão é: Por mais que a tecnologia avance, há reações, interações que só o corpo humano será capaz de revelar. Respeitando todas as implicações morais, éticas e biológicas, não vejo problema em estudar em corpos humanos mortos, desde que com a expressa autorização. É uma espécie de “sacrifício” do corpo em prol da humanidade, de futuras gerações.

P3 - Sou pesquisadora e nessa área precisamos que os alunos aprendam de alguma forma e para isso eles precisam praticar. Nesse caso, não sou contra a esse tipo de ação desde que seja avaliado desde o início sob a coordenação de um comitê com os devidos protocolos éticos bem estabelecidos a serem seguidos e guiados juntamente com uma equipe responsável.

P5 - Eu não concordo com a proposta, considero antiética e desumana. Acredito que devem ser utilizados outros meios para o avanço da tecnologia e da ciência. Não acho correto.

É importante destacar que o comentário do participante P5 parece ir contra ao pensamento hegemônico que se convencionou de modo geral a ser aceitável e naturalizado na medicina a partir da modernidade, pois como nos lembra Foucault (2008a), o médico moderno viu-se, então, maravilhado em saber que, ao abrir os cadáveres e dissecá-los com seu escalpelo e com sua lâmina de bisturi, tão afiada ao conhecimento e à filosofia do momento, era possível ir em busca do maior e principal inimigo do homem - a tão temida, certa e fiel morte. Portanto, desde a modernidade é por meio desse corpo “morto” que se torna possível conhecer os meios para prolongar a vida do ser humano, investigando incessantemente as descobertas e os segredos dessa medicina moderna, tão presente atualmente.

Contudo, amparados pelo pensamento de Foucault (2008a) e de Rose (2013) percebemos que na história da ciência médica sempre estiveram presentes opiniões polêmicas e divergentes com relação aos efeitos de certas práticas, vimos isso nas falas dos participantes, dado que há modos diferentes de enxergar o caso, o que é totalmente natural. As formas distintas de compreensão são justificadas por Rose a seguir:

Tais perspectivas têm suscitado esperanças e temores, expectativas e medos, celebração e condenação. Enquanto alguns investem grande esperança nas perspectivas de curas novas e eficazes para todos os tipos de doenças e aflições, outros advertem para os perigos de tratar a vida humana como infinitamente maleável (ROSE, 2013, p. 14).

É inegável que a ciência médica via tecnologia possibilitou e continua possibilitando a potencialização do corpo para além da sua capacidade como organismo. Porém, cabe interrogarmos por via de quais meios tudo isso ocorreu e vem ocorrendo nos dias de hoje, uma vez que sabemos que existe um biocapital envolvido e um fundo biopolítico nesse processo, “o corpo é uma realidade biopolítica. Logo, a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2011a, p. 80). Na concepção do autor, a medicina como estratégia biopolítica acopla regimes de saber às práticas políticas, assim ela se integra ao aparelho político produzindo um conhecimento específico: o corpus médico próprio a uma medicina social. Nesse sentido, em “O nascimento da medicina social”, Foucault (2011a) entende que o poder político da medicina consiste antes de tudo em:

[...] distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade de um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (FOUCAULT, 2011a, p. 89).

Tendo em vista que é o corpo, sem dúvida, lugar onde todos os poderes são exercidos como sugere Foucault, é por meio do próprio corpo que se pode chegar a precipitar uma transgressão dos valores da cultura. Desse modo, faz-se necessário refletirmos sobre esses “avanços” da tecnologia médica em termos de humanidade, “pois data do momento em que um efeito positivo da medicina foi acompanhado de diversas consequências negativas e nocivas” (FOUCAULT, 2011a, p. 381). Portanto, seguindo o que propõe o autor, é preciso urgentemente “lutar contra a medicalização, reivindicar o direito de as pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (FOUCAULT, 2011a, p. 96).

Levando em consideração que o corpo adquire múltiplas possibilidades de ser e se manifestar, visto que ele está em constante construção e mudança, parece válido se apropriar dessa premissa para “recriar o corpo”, como solicitado por Artaud e, Deleuze e Guattari; oferecendo a ele a possibilidade de autonomia estética, para que a partir de então o mesmo possa tornar-se instrumento discursivo alheio ao organismo e assim promover a sua real libertação com relação as imposições, pressões e limitações, inclusive as religiosas que objetivam demarca-lo, pois o sistema teológico, é precisamente a operação daquele que faz um organismo, uma organização de órgãos. “[...] você será organizado, você será um organismo, articulará seu corpo se não, você será um depravado” (NIETZSCHE, *apud* Lapoujade, 2002, p. 84). É preciso criar linhas de fuga, em termos Deleuziano, o que pressupõe dá ao corpo, com sua organicidade, sua mortalidade, suas “imperfeições”, sua materialidade, a sensação de obsolescência.

Sendo o corpo contemporâneo fruto da reunião de racionalidades baseadas em montagens “maquínicas”, é ele também produto resultante de formas de agenciamentos coletivos de enunciação, à medida que estas se tornam normas. Talvez para uma maior compreensão nesse sentido, seja necessário tomar, como diz Rose, o ser humano inteligível em termos de agenciamentos:

Por agenciamentos, quero significar a localização e o estabelecimento de conexões entre rotinas, hábitos e técnicas no interior de domínios específicos de ação e valor: bibliotecas e escritórios domésticos, quartos de dormir e casas de banho, tribunais e salas de aula, consultórios e galerias de museu, mercados e lojas de departamento (ROSE, 2001, p. 51).

Ademais, um regime fascista no qual qualquer possibilidade de individualidade é anulada, uma semiótica do corpo, com relação a construção de significado sobre ele é governada por um ideal, o rosto do homem branco ocidental em busca de uma homogeneização, por exemplo; ou um conceito de beleza que fornece os elementos da publicidade com base na criação de um esquema de uma produção corporal específica. Todo esse projeto se fortalece no século XX e chega com esses cânones até o século XXI em meio às campanhas pelo respeito as diferenças e a pluralidade. Tão logo, “[...] as formas pelas quais os seres humanos atribuem sentido à experiência têm sua própria história. Dispositivos de “produção de sentido” (ROSE, 2001, p. 36). É possível então, que o corpo resista a esses agenciamentos, principalmente os “vindos de fora”, aqueles que visam apenas subordiná-lo a categoria de organismo, baseados no “juízo de Deus”? Para Lapoujade é exatamente no ato de resistir a isso que o corpo exprime potência própria:

É na sua resistência a estas formas vindas de fora, e que se impõe ao dentro para organizá-lo e lhe impor uma “alma”, que o corpo exprime uma potência própria. O corpo sofre de um “sujeito” que o age – que o organiza e o subjetiva. Em outros termos, trata-se não apenas de tornar doente nosso corpo, mas de nos tornar doentes dessa doença, como se doença devesse se redobrar em nós (LAPOUJADE, 2002, p. 85).

Numa tentativa de estimular a potência do corpo a partir da sua resistência, o autor acima, acredita que o corpo deve primeiro suportar o insuportável e viver o inviável. Lapoujade retoma o sentido do Corpo-sem-órgãos de Deleuze e Guattari (2008), uma vez que na concepção deleuze-guattariana o corpo necessita passar por estados de torção, de dobramentos que um organismo desenvolvido não suportaria. Lapoujade completa o pensamento dos autores de “Mil platôs”, afirmando que:

“Só se cavam espaços, só se precipitam ou desaceleram tempos à custa de torções e deslocamentos que mobilizam e comprometem todo o corpo... Portanto, há sem dúvida atores e sujeitos, mas são larvas, porque são os únicos capazes de suportar os traçados, os

deslizamentos e rotações... E é verdade que toda Idéia nos faz larvas... As larvas trazem as Idéias em sua carne...” Não se trata mais de se fazer sujeito ou “agente”, mas, ao contrário, de re-devir “larva” seguindo uma estranha involução criadora reclamada por Deleuze. Nos encontramos aqui diante de um corpo sem agente. ... É a razão pela qual toda doença do corpo é, ao mesmo tempo, a doença de ser agido, a doença de ter uma alma sujeito, não necessariamente a nossa, que age nosso corpo e o submete às suas formas (DELEUZE E GUATTARI *apud* LAPOUJADE, 2002, p. 88-89).

5.3 A MORTE NOS SEUS ASPECTOS SUBJETIVOS

Em nossa sociedade, a longevidade se transformou em riqueza, a vida em capital e a morte naquilo que demonstra que nada disso tem sentido. Por isso ... se a deve banir (RODRIGUES, 2006, p. 199).

Objetivando refletir um pouco mais acerca deste fenômeno inalienável – a morte, elaboramos questões específicas na entrevista e aplicamos para todos os participantes. Na intenção de revelarmos as percepções mais subjetivas referentes ao tema, optamos por criar uma subcategoria de análise, a qual denominamos de: Ciência X Religião. Compreendemos a complexidade da análise desta categoria em especial, não porque as outras categorias não tenham sido complexas, mas parece que essa requer um pouco mais de atenção e cautela da nossa parte, exatamente porque estamos tratando de algo tão subjetivo de cada participante. Por um lado, o desafio está em analisaremos as crenças pessoais, os juízos de valores, os princípios éticos etc. apresentados em cada fala à luz do referencial teórico. Por outro lado, o que nos tranquiliza é que são percepções e experiências próprias de cada participante; assim tentaremos entrelaçar as falas, de modo que dialoguem com o corpus da pesquisa e que todas elas “venham como tem que vir”.

De modo geral, para a maioria das pessoas a morte significa interrupção no projeto de vida, sendo sempre representada através do medo, do desespero e da negação como bem salientou Rodrigues (2006). Além disso, atualmente “a morte é, tanto para o médico como para o hospital, antes de tudo, um fracasso” (HERZLICH, 1993, p. 7). Como vimos, com o passar do tempo, adiar a morte se tornou objeto e objetivo da ciência. Parece que o pavor de “perder a salvação eterna” tem sido substituído progressivamente pela esperança de viver mais. Nos últimos tempos, a imagem tradicional da morte, antes representada pelo esqueleto com a foice na mão, foi substituída pela imagem de um paciente internado em um CTI – com o corpo invadido por tubos e cercado de aparelhos. Consequentemente, hoje em dia morre-

se isolado, silenciado por tubos que invadem orifícios, expropriado de si. Essa é a imagem da morte temida pelos indivíduos, mas de certa forma imposta pela luta contra o morrer paulatino (ARIÈS, 2014; ELIAS, 2001; RODRIGUES, 2006).

Todavia, ressaltamos ainda que no contemporâneo existe um debate fortemente estabelecido a respeito da “morte ideal”, “natural” – com autonomia e dignidade, construída em contraposição a um modelo de morte tecnológica – “desumana” (SEYMOUR, 1999). Essa polarização provoca discussões importantes ligadas ao ramo da bioética, principalmente acerca do desenvolvimento e utilização da tecnologia médica para o adiamento da morte; além disso envolve dilemas referentes a sacralidade da vida e a preocupação com a sua qualidade, como vimos em algumas falas. Todavia, é inegável que o desenvolvimento tecnológico favoreceu o prolongamento da vida, agindo sobre o adiamento da morte. Então, parece que a pergunta a ser feita é: até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los?

Estudos desenvolvidos recentemente em ambientes de alta tecnologia médica apontam que, paradoxalmente, a mesma tecnologia médica avançada tornou-se parte relevante na construção da trajetória do “morrer natural”. Essas pesquisas apontam que é exatamente “a tecnologia que garante os meios de construção da “boa morte”, modificando a trajetória do morrer em consequência de doença crítica, tornando esse processo aceitável para os atores sociais envolvidos” (SEYMOUR, 1999, p. 694). Como falamos no texto, não pretendemos abordarmos por agora esse assunto, trazemos apenas a título de informação e contextualização.

Continuamente, partindo do entendimento que o emprego das tecnologias médicas para o adiamento da morte geram profundas alterações no próprio processo de morrer, compreendemos que o tema se faz necessário durante a formação profissional. Deste modo, perguntamos na entrevista aos 9 (nove) alunos dos ciclos mistos e aos 2 (dois) alunos graduados participantes da pesquisa o seguinte:

TABELA 12 – Questões relacionadas ao tema da morte

Para você, é importante ao longo do curso ter contato com disciplinas que trate sobre o tema da morte? Comente a sua posição.
Ao longo do curso você teve ou está tendo contato com alguma (as) disciplina (as) que trate sobre o tema da morte?

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Dos 11 (onze) alunos, todos eles responderam que “sim”; acham importante ter contato com disciplinas que discutem a questão da morte. Dos 11 (onze), 6 (seis) deles responderam que tiveram contato em algum momento da graduação com o tema e 5 (cinco) deles afirmaram não ter tido contato com disciplinas que tratasse especificamente sobre o tema. Vejamos algumas falas nesse sentido:

AI1 - Eu acho superimportante o estudante de saúde ter contato com disciplinas que tratem sobre a morte, porque a gente precisa compreender que mais do que um processo natural e a morte envolve muito sofrimento, não só para o paciente como para os seus familiares e seus amigos. Então, a vida, a morte é social também, não é só biológico. O profissional da saúde precisa aprender a lidar com esse momento, a confortar o paciente e a família.

ACCC3 – Sim! Tive contato logo no primeiro ciclo com um modulo que abordava o processo de morte e morrer em Habilidades e atitude em saúde e foi abordado através de uma palestra sobre a temática, e os palestrantes trouxeram experiências, alguns livros, através do debate, foi muito enriquecedor.

AG1 - Sim! Tivemos contato com o processo de morte física em todos os seus aspectos, bem como no pós-óbito: como identificar, notificar familiares, questões legais de óbito, como a declaração do óbito, enfim.

ACCC4 - Não tive. Se tive não lembro. Lamento por isso, porque acho importante. Ainda tenho receio sobre o tema, por isso estou procurando sempre buscar livros, palestras e tal.

É importante observar que a morte para esses futuros e já profissionais de saúde, apesar de ser uma experiência calcada no saber científico, também é uma vivência humana e, portanto, submetida a determinações psicossociais; a fala do AI1 ressalta isso, pois [...] a vida não é só biológica, mas também biográfica, incluindo o estilo de vida, os valores materiais e espirituais, o amor, as crenças e inclusive a opção religiosa. (PESSINI, 1999, p. 84-90; PESSINI, 2001, p. 263-282). Portanto, é preciso frisar que as significações científicas parecem não aplacar as subjetivas, como por exemplo, aquelas provenientes dos sentimentos, geralmente negativos, vivenciados diante da morte; por este motivo a importância de tratar sobre o tema durante a formação.

Ao grupo composto pelas 6 (seis) pessoas que em algum momento das suas vidas necessitaram ou estão necessitando da tecnologia médica, perguntamos as questões expostas na tabela 13.

TABELA 13 – Questões direcionadas ao grupo de pessoas

Você se sente à vontade para falar sobre a morte? Justifique sua posição.
--

Você já sentiu a “sensação de que estava morrendo”? Se sim, comente.

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Dos 6 (seis) participantes, 2 (dois) responderam que se sentiam à vontade para falar sobre a morte e 4 (quatro) responderam que não se sentiam à vontade para tratar sobre o assunto. Vejamos:

PD5 - Me sinto à vontade, porque a morte é uma realidade, a gente não pode temer a morte. A morte é um caminho que nós todos temos que passar, então para que temer a morte, né? Mas, a todo momento eu tive medo de morrer de covid, porque eu nunca pensei que ia morrer dessa doença.

PD3 - Não me sinto, porque eu acho que nenhum ser humano está preparado para se desligar, nenhum ser humano está preparado para falar sobre a morte ou algo do tipo e a minha esperança é sempre a de ficar bem, ficar sem sequelas, de ficar 100% e poder voltar para família, para o trabalho, para os amigos. Então, eu não me sinto à vontade não, para falar sobre a morte.

PD2 - Eu morro de medo de morrer, não vou mentir. Principalmente porque, eu tenho uma filha, então assim. Meu Deus quem vai cuidar da minha filha? Quem vai fazer isso e tal. Tudo bem que eu tenho família, eu sei que se eu morrer minha família vai cuidar dela e vai ser uma briga justamente para querer cuidar dela, graças a Deus, porque todo mundo quer cuidar dela. Mas, a sensação de mãe, de proteção de que só vai está bem com você, então tem isso. Tem essa coisa de não querer morrer, realmente eu não quero pensar na morte nesse sentido, sabe?

Quando perguntados sobre a segunda questão, 5 (cinco) dos 6 (seis) participantes afirmaram que “sim”, já haviam em algum momento sentido a sensação de que estava morrendo. Isso fica evidente nas falas:

PD3 - Eu senti sim. Quando eu tive o acidente, aquela primeira sensação que a gente começa a olhar para o corpo para ver se quebrou alguma coisa, olhar para si mesmo... Eu acho que a principal questão, além disso, quando eu tive o próprio acidente, no momento da batida eu estava sóbrio, o principal sentimento aconteceu quando eu já estava internado na UTI. Quando eu fui desentubado eu fiquei com muita dificuldade de respirar, os exames estavam bons, mas para mim tinha aquela pressão no tórax e eu com aquela dificuldade enorme de respirar, sem respirar, sem respirar, fiquei nervoso, chamava os enfermeiros e deu aquela sensação que eu ia morrer de novo.

PD4 - Sensação de morte, já tive umas duas vezes na minha vida, que eu me lembre. Primeira, foi logo no início do meu tratamento quando eu tive uma hiperglicemia que me deixou inconsciente, isso me deu muito medo, quando eu voltei a consciência e depois que eu estava no início do tratamento, eu não sabia controlar esses picos de glicose. Graças a Deus eu aprendi, hoje em dia quase não tenho hiperglicemia, 0,2% e nunca mais tive hiperglicemia severa de ficar inconsciente. O segundo momento, foi quando eu tive câncer; sim meu chão caiu, eu tive um diagnóstico de câncer e tive muito medo de morrer. Só nessas duas fases da minha vida.

PD5 - Ah, a cada momento eu sentia a sensação de que a morte estava se aproximando de mim, é muito difícil ter explicação disso. Essa doença é muito ruim, ela entra dentro da gente e começa a consumir a gente. Eu pensei que ia morrer bem rápido.

PD6 - A todo momento. Quando eu fiz a cirurgia na pele não, mas no dia que eu fiz a cirurgia no estômago eu pensei que ia morrer. Agora também, com esse caroço, é tanta dor, uma agonia.... É difícil.... Tem vezes que nem a morfina resolve. Ontem mesmo eu estava aqui e minha filha disse que eu não parava de gritar, eu nem me lembro. Só peço a Deus que me leve logo.

Nesse contexto, a fala do PD6 demonstra o que Le Breton chamou de “morte sucessiva do mesmo indivíduo através da tecnologia médica” (LE BRETON, 1995, p. 62), uma vez que a cada procedimento realizado o participante vai experienciando várias sensações da sua morte. Como salientado em algumas falas ao longo dessa análise, o ideário contemporâneo a respeito da morte veicula a ideia de que a principal autoridade a tomar decisão acerca da sua morte ou a respeito do melhor tratamento, seria o próprio doente ou o seu familiar. Não há como negar que parece se tratar de uma proposta igualitária na relação entre os atores sociais envolvidos com a situação. No entanto, essas possibilidades continuam permanecendo dentro da hegemonia do saber médico; é dentro do modelo biomédico que oferecem as alternativas – em princípio, “quanto mais nós sabemos, mais estamos aptos para intervir” (ROSE *apud* RESENDE; RODRIGUES 2017, p. 222)

Como já exposto no texto, com a incorporação da tecnologia para o adiamento da morte, o modelo biomédico objetiva fazer viver; nesse cenário esse mesmo modelo é responsável pela manutenção da biopolítica, denominada por Rose (2013) de política da vida contemporânea. Segundo o autor, esta política está intrinsecamente entrelaçada com uma economia da vida. Assim, não se trata apenas da biologia passar a ser concebida como uma oportunidade, mas do fato de que toda uma série de novos tipos de disputas políticas se organizam em torno dessas

oportunidades (ROSE, 2013), a morte seria, portanto, uma oportunidade. Logo, “[...] os debates políticos que isto suscita são bem conhecidos... Tais disputas sobre a organização da própria vitalidade tornaram-se centrais na política contemporânea” (ROSE *apud* RESENDE; RODRIGUES 2017, p. 222).

Ademais, visando o aprofundamento nos aspectos subjetivos a respeito da morte e a sua relação com a ciência e a religião, optamos pela elaboração de uma subcategoria, a análise desta se baseou em um questionamento específico proposto na entrevista. Essa questão foi direcionada apenas para os alunos, ex-alunos e professores, ou seja, para 16 (dezesesseis) participantes da pesquisa. Vejamos na tabela 14:

TABELA 14 – Questão direcionada aos alunos, ex-alunos e professores participantes

"Nós tornamos Deus obsoleto". Proclama a idolatrada professora de Medicina Lorenz a seus alunos. (Biohackers, 2020. Série de Ficção Científica). Comente.

Fonte: Elaboração da autora – Aracaju – SE, 2021

Como temos dito, a medicina e seus recursos tornaram-se, tanto fonte de esperança – através do prolongamento da vida e do adiamento da morte – quanto do desespero diante dos limites da condição humana. O debate permanece em aberto, uma vez que a condição humana implica necessariamente sua finitude – apesar de todos os esforços da ciência e da tecnologia médica estarem voltados a transformar e ultrapassar os limites dessa condição. Hannah Arendt (1991) afirma que já no início do século XX, havia uma liberdade infinita na manipulação dos corpos humanos, mas, ao mesmo tempo em que há esse avanço, percebe-se o quanto está longe do homem assumir o “lugar de Deus”.

Quando perguntados sobre a questão exposta na tabela 14, dos 16 (dezesesseis) participantes, 13 (treze) disseram que não concordam com a afirmação, 2 (dois) disseram que concordam e 1 (um) deles disse que não sabia opinar, por este motivo preferia não comentar. Vejamos algumas falas a seguir a respeito da questão:

AG1 - Não considero o fato de ser médico tornar Deus obsoleto. Seria muita prepotência! Temos em mãos, através da profissão, o poder de aliviar, por vezes curar, mas “divindade” não cabe à ciência.

P4 - Eu discordo dessa afirmação, não acho que Deus seja obsoleto. Acho que são coisas diferentes. Nós estamos permanecendo, estamos garantindo, digamos assim que as pessoas consigam ficar vivas, ou prolongando a vida daquela pessoa, mas nós não temos como dizer quando é que ela vai morrer ou não. Não acho que isso caiba a gente. Mas, garantir sim, as possibilidades e as condições para que ela possa se recuperar e viver ou morrer.

A13 - Sobre essa frase, nós tornamos Deus obsoleto, eu concordo. A medida que vamos vivendo e vamos levando a nossa vida, certas atitudes, certos posicionamentos, certas ideologias elas acabam indo de encontro com aquilo que seria pregado por Deus, entendeu? Aquilo que está posto biblicamente, até mesmo como disse Nietzsche: O homem matou Deus. Então, como é que o homem mata Deus? Ele mata Deus na medida que ele faz alguma atitude que vai de encontro com aquilo que Deus propagaria, exemplo, se eu sei que um dos mandamentos é amar ao outro como a si mesmo, porque é que eu vou ter preconceito com o outro, por que eu vou discriminar o outro? Então, certas atitudes que vamos tendo no dia a dia, torna Deus obsoleto.

ACCC2 - É uma fala problemática, porque há estudos que abordam a religião, a fé, como um dos pilares para a saúde e inclusive, a religião faz parte do contexto de exame clínico, uma boa anamnese ela analisa todo o contexto da pessoa, incluindo a sua religiosidade. Então, a frase de tornar Deus obsoleto é um problema. Não acho legal você se colocar acima da fé e subestimar as crenças das pessoas. É uma fala bem problemática.

P4 - Não gostei dessa frase. Inicialmente acredito muito em Deus e tenho fé. Acredito no trabalho dos profissionais médicos e tenho tamanha admiração por eles. Vejo como eles são habilidosos e fazem determinados procedimentos que se formos olhar de perto não acreditamos de tão complexo e minucioso que é. Mas, acredito que temos um ser maior nos guiando também e precisamos acreditar e confiar nos profissionais que estão ali cuidando e se dedicando pela vida de inúmeras pessoas dia após dia para tratá-las, independentemente das novas ferramentas e inovações tecnológicas. Precisamos lembrar que somos humanos e os médicos também são, não são deuses e o papel deles dentro da nossa sociedade é cuidar e salvar vidas.

Como ressaltado na maioria das falas, a crença religiosa é algo presente, portanto, há de se levar em consideração. A necessidade e importância de “saber separar as coisas”, ou seja, ciência e religião, parece justificar a discordância com relação ao pensamento exposto na questão.

De modo geral, independentemente de qual seja, é sabido que as religiões têm um significado social, uma certa “eficácia simbólica” diante dos problemas e dificuldades da vida. Sendo assim, elas parecem possuírem um papel importante na

história da humanidade. Embora, para Rose (2001, p. 35) “[...] a história do ser humano requer, portanto, uma investigação”. Neste sentido, o autor julga ser necessário examinar as técnicas intelectuais e as práticas que segundo o mesmo, têm constituído os instrumentos por meio dos quais o ser humano tem, historicamente, constituído a si próprio, diz Rose:

Essas técnicas intelectuais não nos chegam prontas, mas têm que ser inventadas, refinadas e estabilizadas, para serem disseminadas e implantadas, sob diferentes formas, em diferentes práticas - escolas, famílias, ruas, locais de trabalho, tribunais (ROSE, 2001, p. 36).

Ora, as crenças religiosas são práticas transmitidas ao longo das gerações e dizem respeito aos aspectos culturais de uma sociedade. No entanto, a religião é também uma agência responsável pela gestão da vida daqueles que exercem suas crenças, principalmente os que buscam acalento nos momentos de dificuldade. É preciso, como diz Rose (2001, p. 38) nos perguntarmos sobre “[...] que meios têm sido inventados para governar o ser humano, para moldar ou orientar a conduta nas direções desejadas e como esses programas têm buscado corporificá-las sob certas formas técnicas? ”.

Fica evidente na maioria das falas, que a crença religiosa oferece de certa forma uma espécie de rede de apoio, tendo em vista que “[...] de uma forma ou de outra, todas estão relacionadas com o sentido da vida, liberdade, justiça e direcionamento da consciência (KOVÁCS, 2003, p.139). Desta maneira, a religião parece oferecer um sentido à vida, consolo, energia e orientação diante das situações de incertezas. Porém, como evidencia Rose (2001), é preciso estar atento a respeito da disciplina empregada para a subjetivação que se baseia nessa relação a partir do que ele denomina tecnologia pastoral:

[...] da relação pastoral, uma relação de aconselhamento espiritual entre uma figura de autoridade e cada membro de seu rebanho, corporificando técnicas tais como a confissão e a exposição do eu, a exemplaridade e o disciplinado, incorporado à pessoa por meio de uma variedade de esquemas de auto-inspeção, auto-suspeição, exposição do eu, auto deciframento e auto formação. Tal como a disciplina, essa tecnologia pastoral é capaz de ser articulada em uma gama de diferentes formas, na relação entre o pároco e o fiel, o terapeuta e o paciente, o assistente social e o cliente, bem como na relação entre o sujeito "educado" e o seu eu. Não devemos ver as relações disciplinares e as relações pastorais de subjetivação como sendo opostas, seja histórica, seja eticamente - os regimes

praticados nas escolas, nos hospícios e nas prisões corporificam ambas (ROSE, 2001, p. 38).

Todavia, apesar de ser destacado em algumas falas não caber a ciência o papel de divindade, nem aos profissionais de saúde exercer a função de deuses, é preciso compreender que ambos exercem poderes sobre os indivíduos. Ninguém procura um médico (ciência) sem motivo; assim como, ninguém busca “deus” (religião) sem propósito.

Em uma passagem do seu texto onde faz referência ao cristianismo, Lapoujade analisando a ideia de culpa entre os cristãos; o autor usa as palavras de David Lawrence⁴⁶ para demonstrar como a imagem do cristo enquanto “homem doente”, cercado de doentes compadecidos foi construída.

Eu pedia a todos que me servissem com o cadáver de seu amor. E no final ofereci-lhes apenas o cadáver de meu amor. Este é meu corpo... tomai e comei... meu cadáver... fui morto, e me entreguei à morte...” Da cruz como mesa de dissecação. Tudo se passa como se nem Judas nem Roma tivessem matado Jesus, mas sim seus primeiros fiéis, quer dizer, em suma, o cristianismo vindouro. Jesus é a primeira vítima do sistema do juízo cristão. Tudo culmina, portanto, segundo a expressão de Lawrence, em uma “doença da morte”. (LAWRENCE *apud* LAPOUJADE, 2002, p. 85).

Seguidamente, a fala abaixo ressalta os limites dos seres humanos diante de algumas situações que extrapolam o domínio científico, vejamos:

P2 - Apesar de todo o potencial, principalmente potencial criativo, a gente sabe que há limites; Essa perspectiva até certo ponto prepotente, tem nos levado pra caminhos não tão bons, de crises não só científicas, até mesmo humanitárias, ambientais... É um modelo de pensamento que coloca o homem como centro em relação aos demais seres e não tem trazido bons resultados, nós temos visto, quando a gente se coloca acima até mesmo dessa entidade, independe de religião, mas um ser criador, um ser que mantém... Eu acho que isso extrapola a nossa possibilidade de compreender as nossas próprias limitações, e compreender também as consequências desse pensamento. Então a gente tem a própria exploração dos recursos naturais, a destruição ambiental; como eu posso dizer, certas ideologias como o próprio racismo, as ideologias que hierarquizam os seres humanos, elas têm como base essa forma de pensar. Quando ela fala “nós tornamos”, quem somos esses nós, né? Nós, inclui todos os seres humanos ou aqueles que comungam desse mesmo conjunto de pensamento, desse poder que está atrelado com o saber e que nem todo mundo, nem todos os seres

⁴⁶ O homem que morreu. In: Apocalipse, Cia. das Letras, São Paulo, 1990.

humanos e os diferentes grupos, não acessam, mas também mesmo que acessem não querem seguir porque compreendem outras racionalidades, compreendem seu papel enquanto ser em outras perspectivas e não nessa relação de acima, maior, melhor, mas sim mais um ser ou em comunhão? Eu penso que, é um pouco perigosa no sentido do mal-uso; claro, talvez quisesse ressaltar o potencial do ser humano, mas não sei o que pode levar, qual o resultado nos leva quando assumimos ao pé da letra essa afirmativa.

Aqui, retomamos a questão indígena no sentido de reafirmar que os povos assim designados, possuem na sua singularidade uma base de pensamento fortemente estabelecida dentro da comunidade contra este pregado pela ciência /medicina oficial. A título de exemplo, no mês de maio do corrente ano, uma criança passou mal na escola e a professora não-indígena acionou os serviços de saúde, que chegando ao local, mesmo sem consentimento dos familiares levou a criança para um hospital do município. Segundo a enfermeira da equipe, a criança morreria se não fosse examinada por um médico. Após alguns dias internada, ainda contra a vontade dos pais, que inclusive haviam ido ao hospital mais de uma vez na tentativa de levarem seu filho para ser tratado na própria comunidade, a criança veio a óbito. O hospital entregou o corpo da criança dentro de um “caixão” lacrado com as recomendações de que seria necessário retirar o corpo da instituição hospitalar e que fosse sepultado de imediato. Por questões culturais, as quais contrariam a decisão médica, o pai da criança fez a abertura do “caixão” e levou o corpo do seu filho para a cerimônia no Oricuri. O ritual teve duração de mais ou menos dez horas. Após o momento de despedida o corpo foi sepultado no cemitério localizado dentro do território Xukuru-Kariri.

Trazemos esse caso para demonstrar mais uma vez que entre os povos indígenas a medicina oficial não exerce poder hegemônico. Inclusive, alguns dos indígenas Xukuru-Kariri, relatam situações abusivas e desrespeitosas com relação à forma como são tratados nessas unidades, fato que faz do médico e da medicina oficial ser cada vez mais desvalorizada por eles, não exercendo muita importância sobre o processo de nascimento e de morte entre esse povo.

Como foi dito nesse texto já, poucos procuram. O saber e o poder de decidir sobre a cura ou a morte do corpo está nas mãos do Grande Espírito, que vai agir através dos elementos manuseados pelo Pajé, em especial. São várias forças agindo e atuando sobre o corpo, sendo este composto de multiplicidades em termos Deleuze-guattariano, de devir. Devir animal, devir floresta, devir água, fogo, terra,

ar... E se, “[...] a lógica está a serviço do progresso e da reação, ou, em todo caso, da realidade” como afirmam Adorno e Horkheimer (1985, p. 112), os povos indígenas vivenciam essa realidade de forma diferenciada. É a vida que deve ser cultuada; o corpo torna-se corpo encantado, corpo em devir.

Antes de concluirmos a nossa reflexão a esse respeito, julgamos ainda ser pertinente informarmos que a medicina oficial tenta incansavelmente controlar em termos biopolíticos as taxas de natalidade dentro do território. Segundo as mulheres entre outras coisas, o que elas mais ouvem com frequência quando a equipe médica visita a comunidade é: “Usem anticoncepcional! Para quê tanto menino? Você não pode engravidar mais! Se não for fazer o pré-natal vai morrer...”. Além disso, o governo atual tem se mostrado intolerante e inescrupuloso com relação a esses povos. Diariamente, acompanhamos nos noticiários o extermínio da população indígena e o desmonte dos órgãos responsáveis pela proteção dos mesmos, sendo assim, no momento atual os indígenas do Brasil experienciam mais uma vez uma política de morte.

Concluindo, a análise nos permitiu apreender no corpo dos discursos presente na fala dos participantes, imagens que revelam alguns momentos de medo e incerteza, principalmente sobre o que eles acreditam não estar sobre ao seu controle no que concerne a gerência da morte, isso ficou evidente na maioria das falas; embora tenha revelado também, em especial nas falas dos alunos, ex-alunos e professores do campus envolvidos na pesquisa, que mesmo existindo um modelo “hegemônico do fazer medicina”, o modo como essa formação vem sendo desenvolvida na Universidade Federal de Sergipe no campus de Lagarto, parece seguir por um caminho que se difere do tradicional. Todavia, na análise não nos causou surpresa o fato da religiosidade dar suporte aos discursos agenciados ao dispositivo da tecnologia médica e a própria prática da medicina, visto que tanto a tecnologia quanto a medicina tornaram-se de certa forma agências, assim como a religião.

As coisas estão mudando, mas nós não deveríamos tanto pensar em termos de “épocas” a este respeito, não deveríamos pensar que, de repente, haverá uma mudança de uma maneira de fazer as coisas a outra maneira de fazer as coisas. Não estamos mais, certamente, na “idade de ouro” da medicina clínica, se por isso se entende o poder sem limites do médico, que por si só é capaz de diagnosticar, prescrever o tratamento e compreender a natureza e a base da

doença que está sendo vista. Esse foi um período em que o conhecimento médico, a visão clínica e as habilidades técnicas estavam todos integrados na pessoa do médico. Esse momento já passou. Claramente, nos dias atuais, os médicos dependem de uma série de expertises que eles mesmos não possuem. Sejam elas a dos testes que são realizados nos laboratórios, sejam elas a da genética que eles usam, mas da qual não se encarregam, sejam elas a das tecnologias robóticas que eles usam para suas intervenções etc. Sem contar todos os modos de gestão da saúde e da doença que acontecem fora do encontro clínico entre o médico e o paciente. Então, nesse sentido, a “idade de ouro” da clínica, como foi descrita em ‘O Nascimento da Clínica’, realmente mudou, sofreu uma mutação. Mas eu não acho que isso necessariamente significa que o papel crucial do médico tenha sido apagado. Mesmo nas maravilhosas inovações médicas que se vê, sejam estas os transplantes de rosto, os transplantes de útero etc., o papel do médico continua a ser crucial e o poder do médico, pelo menos na percepção do público, também é crucial. O médico como uma pessoa sábia, o médico como uma pessoa com habilidades técnicas cruciais, o médico como a pessoa que realmente é capaz de dar conselhos desapaixonados e, todavia, cuidadosos sobre como gerir a saúde e a doença.... Eu acho que muitas dessas coisas ainda persistem. Então, o que se vê não é uma mudança radical de época, mas mutações em muitos níveis diferentes (ROSE *apud* RESENDE; RODRIGUES 2017, p. 225).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que o corpo encontra-se no centro das reflexões sobre saúde, ciência e tecnologia, seja pela sua recusa e desejo de superação, seja pelo empenho de aprimoramento; no contexto da Educação, essa pesquisa se propôs a analisar como os alunos do curso de medicina do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho estão sendo preparados durante a sua formação para lidar com temas como a morte e uso da tecnologia para o seu adiamento. A partir da análise dos dados, foi possível visualizar 3 (três) eixos: A formação, a implementação tecnológica e a morte nos seus aspectos subjetivos. Por meio da análise destes afirmarmos que os objetivos da pesquisa foram alcançados.

Seguindo a linha de pensamento a qual nos esforçamos para desenvolvermos até esse momento do texto, inferimos que na condição de primeiro instrumento do ser humano, o corpo não é propriamente algo natural, mas um produto da cultura e da história, estas são responsáveis por instituírem um discurso e um conjunto de práticas sobre ele. Desta forma, os instrumentos são e sempre serão prolongamentos do corpo, mas este igualmente prolonga aqueles, isto é, os instrumentos também produzem os corpos. (HORKHEIMER, 1989). Contudo, o humano depende da sua capacidade técnica e tecnológica para tomar o próprio corpo como instrumento – e com ele, pela força do pensamento, construir outros artefatos que por sua vez geram novos conhecimentos. Sendo assim, compreendemos aqui a natureza humana como resultado de construções e desconstruções diante de sua historicidade. Entendemos a natureza do corpo vista sob a perspectiva que não separa absolutamente o natural do artificial, pois constatamos que “o artifício faz parte completamente da natureza, já que toda coisa, no plano imanente da natureza, define-se pelos agenciamentos de movimento e de afetos nos quais ela entra, quer esses agenciamentos sejam artificiais ou naturais” (DELEUZE, 2002, p. 129).

Para tanto, talvez seja preciso ir além e considerar os objetos técnicos não como meros prolongamentos do corpo humano, mas como queria Simondon (2020b), estes e a técnica como precisamente um modo de existência na medida em que diz sobre as maneiras de estar no mundo. Em outras palavras, a técnica e os objetos técnicos dizem sobre os modos do humano pensar sua existência no mundo em função de sua relação com seu ambiente e aquilo que o cerca (SIMONDON, 2020b).

No entanto, isso é possível na medida em que os objetos técnicos possuem sua própria realidade, pois através deles passa uma certa relação com o mundo, expressando a existência do humano (SIMONDON, 2020b). Isso significa dizer que os objetos técnicos são a externalização necessária do ser humano em sua relação com o mundo, de modo que se os objetos não são simples prolongamentos do corpo, é porque ele é constitutivo dessa própria relação (SIMONDON, 2020b), uma espécie de sistema humano-técnica-mundo, ou seja, a relação do humano com seu meio associado no qual a técnica é constitutiva.

É necessário também insistir no caráter dinâmico que Simondon (2020b) confere à relação do humano com seu meio associado e a técnica, ao conceber o humano, os objetos técnicos e o mundo não como entes fechados em si, mas elementos abertos à diferenciação fazendo parte de um sistema metaestável. Ao colocar o objeto técnico como um modo de resolução da tensão entre humano e seu meio, essa resolução não significa um fechamento, mas uma abertura. A noção de metaestabilidade, como nos apresenta Simondon (2020a), nos possibilita considerar o humano-técnica-mundo como um sistema ou um campo caracterizado por uma energia potencial, haja vista que diz respeito à sua atividade e não aos seus supostos produtos ou estados concluídos, mas sim a sua contínua e ininterrupta atividade de produção.

Sendo assim, os objetos técnicos participam de maneira ativa no processo ininterrupto de produção de corpos e subjetividades, pois são resoluções metaestáveis que levam o humano sempre à novos modos de relação e resoluções, ou se preferirmos, novos modos de existência, haja vista que a técnica é um modo próprio e singular de diferenciação dos corpos no mundo.

A partir desta linha argumentativa podemos retomar a problemática da relação entre corpo e técnica, e considerarmos que uma noção de técnica tal como compreendida por Simondon (2020b) – como modo de diferenciação do humano em seu meio associado – nos leva a busca por não julgar (moralizar) a tecnicidade como um fim apocalíptico, nem seu avesso, ver na técnica o meio de salvação da humanidade. Trata-se sim, em buscar compreender através dos objetos técnicos como vetores do humano no mundo, como estamos levando nosso próprio processo de produção e diferenciação dos corpos e subjetividades, e só somos capazes disso em meio a uma coletividade, pois é nela que nos criamos e nos reinventamos por meio da técnica.

Assim, a questão é: os modos de existência que se expressam pelas técnicas e objetos técnicos, implicam quais maneiras do humano se relacionar consigo e com seu meio? Ou ainda: tais relações levam o humano a formas já pré-definidas e codificadas, ou possibilita o reconhecimento da metaestabilidade do sistema humano-técnica-mundo como condição para relações éticas sempre abertas a novos modos de existência?

Portanto, é necessário insistir que as considerações acerca da técnica para as questões supracitadas, se tornam fundamentais haja vista que a técnica não diz respeito necessariamente à ontologia, ou ao ser estável e acabado, mas como queria Simondon (2020a), diz sobre a ontogênese, isto é, expressam as diversas maneiras pelas quais o ser humano se utiliza do corpo para produzir sua existência no mundo – a técnica diz sobre como o humano entra em devir.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Flexner. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567554/pdf/12163926.pdf> . Acesso em 06 de agosto de 2021.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.
- ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**. Tradução de Guido Antônio de Almeida, Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1985.
- AMORIM, Marília. **O pesquisador e seu outro: Bakthin nas ciências humanas**. São Paulo: Musa Editora, 2004.
- ANDRIEU, Bernard. L'intégration des hybrides. In: **Pratiques sportives at handicaps**, Lyon: Cronique Sociale, 2007.
- ANTUNES, José Leopoldo. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras. 1991.
- ARAÚJO, Ulisses; SASTRE, Genoveva. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo: Summus, 2009.
- ARAÚJO, Lucinha. **Preciso dizer que te amo**. São Paulo: Globo, 2001
- ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Unesp; 2014.
- AZIZE, Rogerio. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos Neurocientíficos. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 563-574. Nov. 2010.
- BARDIN, LAURENCE. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARTHES, Roland. **Mitologias**. Trad. Rita Boungermino e Pedro de Souza. 11. ed Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BARTHES, Roland. Introdução à análise estrutural da narrativa. In **R. Barthes, Análise estrutural da narrativa: Pesquisas semiológicas**. Petrópolis: Vozes. 1976; p. 19-60
- BÁRTOLO, José. **Corpo e sentido: estudos intersemióticos**. Portugal/Covilhã: Livros LabCom, 2007.
- BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BERBEL, Neusi Aparecida. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina**, Londrina, v.16, n.2, p.9-19, out.1995.

BERBEL, Neusi Aparecida. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, p. 139-154, fev. 1998.

BOEMER, Magali. **A morte e o morrer**. 3a ed. Ribeirão Preto: Holos; 1998.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Aldair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 25ª ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto 6096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, p.7, 25 abr. 2007.

BRASIL. Conselho do Ensino, da Pesquisa e da Extensão da Universidade Federal de Sergipe. **Resolução nº08, de 2012**. Aprova alterações no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, do Centro Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho e dá outras providências, São Cristóvão, SE, p.1-44, ago 2012.

BRASIL. Lei 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 26 jun. 2014a. p.1. ed. extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no sistema único de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf . Acesso em 08 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014c. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BUNGE, Mário. **Seudociência e ideologia**. Madrid: Alianza, 1985.

CARDOSO, Maria Helena. **A herança arcaica de um modelo: história, medicina... e a síndrome de Down**. Tese (Doutorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

C.E.M. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília, 2019.

COURTINE, Jean-Jacques. **Decifrar o corpo**: pensar com Foucault. [recurso digital] Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013. ISBN 978-85-326-4695-8 – Edição digital.

CRISORIO, Ricardo. Actividad física versus prácticas corporales. In: E. Galak y E. Gambarotta (Eds.). **Cuerpo, educación y política**: Tensiones epistémicas, históricas y prácticas. Buenos Aires, 2015

CYRINO, Eliana; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.780-788, mai-jun.2004.

CUPANI, Alberto. **Filosofia da tecnologia**: um convite. 3. ed. – Florianópolis: Editora da UFSC, 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. "**Como criar para si um corpo sem órgãos**". In Mil Platôs. Vol. 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto et alli. São Paulo: Ed. 34, 2008.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 4 Trad. Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34. 1997.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa e a filosofia prática**. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense. 2005.

DESCARTES, René. **As paixões da alma**; Meditações. São Paulo: Nova Cultural, 2000.

DILTHEY, Wilhelm. **Introducción a las ciencias del espíritu**. Madrid: Revista de Occidente, 1956.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, Curitiba, Editora UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUQUE. Felix. **Filosofia para o fim dos tempos**. Tecnologia e apocalipse, Madrid. Edições Akal. 2000.

EBSERH, Hospital Universitário de Lagarto. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hul-ufs> . Acesso em: 17 de agosto de 2020.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos seguido de Envelhecer e morrer**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESPOSITO, Roberto. **Bios**: biopolítica e filosofia. Tradução de Wander Melo Miranda. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017.

ÉSQUILO. **Prometeu agrilhado**. Trad. e notas Ana Paula Quintela Sottomayor. Lisboa: Edições 70.1992.

- FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 2004.
- FONSECA, João José. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul (Orgs.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**, Martins fontes, São Paulo: 2002a.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2005
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. 6. ed. Rio Janeiro: Forense Universitária, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão São Paulo: Martins Fontes, 2008c.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Medicina Social**. In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011a.
- FOUCAULT, Michel. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b. (Ditos & Escritos, v. 7).
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 23ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013.
- FOUREZ, Gerard. **A construção das Ciências**. São Paulo: Editora Unespe, 1995.
- GALAK, Eduardo. Construir el cuerpo: cuatro consideraciones epistemo-metodológicas y tres metáforas para pensar el objeto de estudio 'cuerpo'. **Poiésis: Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIVALI**. Tubarão/SC, v. 8, n. 14, p. 348-364, jul./dez. 2014.
- GALAK, Eduardo. La curricularización del cuerpo. In: CRISORIO, Ricardo; ESCUDERO, Carolina (orgs.). **Educación del cuerpo: currículum, sujeto y saber**, Argentina/La Plata: Editora da Universidad Nacional de La Plata, p. 191-198. 2017.

GALAK, Eduardo. Por una epistemología de la imagen-movimiento del cuerpo. Homogeneización, universalización, estética y política de lo corporal. **Revista Tempos E Espaços Em Educação**. São Cristóvão, v. 12, n. 28, p. 33-48, jan./mar. 2019.

GALAK, Eduardo; ZOBOLI, Fabio; MANSKE, George. Do corpo da biologia ao corpo da máquina: algumas considerações a partir do esporte. **Revista da ALESDE**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 57-73, junho 2020.

GALIMBERTI, Umberto. **Psiche e techne**: o homem na idade da técnica. Tradução de José Maria de Almeida. São Paulo: Paulus, 2006.

GALIMBERTI, Umberto: **O ser humano na idade da técnica**. Tradução: Sandra Dall'Onder. Instituto Humanistas Unisinos. V. 13, n.218. 2015.

GAYA, Adroaldo. **Será o corpo humano obsoleto?** Sociologias n.13 Porto Alegre jan./jun. 2005.

GIDDENS, Anthony. **Modernidad e identidad del yo**. El yo y la sociedad en la época contemporánea, trad. de José Luis Gil Arístu, Península, Barcelona, 1994.

GIORGI, Gabriel. **Formas comuns**: animalidade, literatura, biopolítica. Tradução de Carlos Nougué. Rio de Janeiro: Rocco, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOOGLE MAPS. Mapa da cidade de Lagarto. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/Lagarto+-+SE/@-10.8813232,37.7012951,13z/data=!4m5!3m4!1s0x710223b0b78c927:0x80c6f8dc8952c95018m2!3d-10.9195816!4d-37.6734334?hl=pt-BR&authuser=0>. Acesso em 21 de agosto de 2020.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da Educação Médica: É possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino e aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.4, p 557-566, 2011.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue. Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, Donna.; KUNZRU, Hari. TADEU, Tomaz (org. e trad.). **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p. 33-118.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Trad. M.S. Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 2001.

HEIDEGGER, Martin. **A questão da Técnica**. Scientia studia, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 375-98, 2007.

HERZLICH, Claudine. **Os encargos da morte**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993. 40p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 52).

HESÍODO. **Teogonia: a origem do universo**. Tradução de Jaa Torrano. 3. ed. São Paulo: Iluminuras, 1995.

HOQUET, Thierry. **Filosofia ciborgue: pensar contra os dualismos**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HORKHEIMER, Max. Teoria Tradicional e Teoria Crítica. In: **BENJAMIN, Walter, HORKHEIMER, Max, ADORNO, Teodor W, HABERMAS, Jürgen**. Col. Os Pensadores, Vol. XLVIII. São Paulo: abril Cultural, p. 117-161. 1989.

KOVÁCS, Maria Julia. **Bioética nas Questões da Vida e da Morte**. Instituto de Psicologia USP, 2003, 14(2), 115-167.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do RioGrande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LAPOUJADE, David. O corpo que não aguenta mais. In: Nietzsche e Deleuze: **Que pode o corpo**. Org. Daniel Lins e Sylvio Gadelha. Rio de Janeiro, p. 81-90. 2002.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LE BRETON, David. Lo imaginario del cuerpo em la tecnociencia. **Revista REIS**, Espanha, n.68. p 97- 209. 1994.

LE BRETON, D. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo**. Antropologia e sociedade. São Paulo: Papirus, 2003a.

LE BRETON, David: **Anthropologie du corps et modernité**. Paris: Puf, 2003b.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 2 ed; tradução de Sônia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2007.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

LÉVY, Pierre. **O que é o virtual?** Tradução Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1996.

LINS, Daniel. **Antonin Artaud: O artesão do Corpo sem Órgãos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

LORROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Trad. João. W. Geraldi. **Revista Brasileira de Educação**. nº 19, p.20-28. Jan/Fev/Mar/Abr 2002.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas as tensões teórico-metodológicas. **Educação em revista**, Belo Horizonte: FAE/UFMG, n.46, p. 201-218, 2007.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MANSKE, George. Corpo, saúde e biotecnologias: a produção de uma “ontologia molecularizada”? In: **Cuerpos, políticas y estéticas: artefactos culturales, arte y educación** / editado por Eduardo Galak; Fabio Zoboli; Ivan Marcelo Gomes.- 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, p. 235- 250. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria . **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. In: **Sociologia e Antropologia**. 2ª ed. Tradução Paulo Neves. São Paulo: COSAC NAIFY, p. 397-420. 2015.

MELO, Bárbara Caldas; SANT’ANA, Geisa. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino aprendizagem. **Comunicação em ciências da saúde**. 2012; 23(4):327-339.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MILNER, Jean-Claude. **Por una política de los seres hablantes: breve tratado político II**. – I ed. - Olivos: Grama Ediciones, 2013.

MITRE, Sandra Minardi. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências & saúde coletiva**. 2008;13(2):2133-44.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOLDER, Maria Filomena, Princípios de Método, In Manuel Valente Alves (Coord.), **Imagens Médicas. Fragmentos de uma história**, Porto Editora: Porto, p. 319. 2002.

NIETZSCHE, Fridrich. **Assim falou Zaratustra**. Tradução de Mário da Silva. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

OLIVEIRA, Monique. A era dos homens imortais. **Revista ISTO É**, ed. N°2207; Seção Medicina & Bem-Estar. 24 de fevereiro 2012. Disponível em: https://istoe.com.br/192193_A+ERA+DOS+HOMENS+IMORTAIS/ Acesso em: 19 de Outubro de 2021.

OMS – Organização Mundial da Saúde – **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: Atlas, abril 2001.

PESSINI, Léo. A eutanásia na visão das maiores religiões: budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Léo (Org.). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: EDUNISC; Edições Loyola, 2001, p. 347.

PESSINI, Léo. A eutanásia na visão das maiores religiões: budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo. **Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 83-99, 1999.

PINTO, Álvaro V. **O Conceito de Tecnologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

RESENDE, Sergio; RODRIGUES, Ricardo. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3); **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 21(60):221-30 Jan-Mar 2017.

RIBEIRO, Luis Roberto. **Aprendizagem baseada em problemas (PBL)**: uma experiência no ensino superior. São Carlos, SP: EdUFSCar, 2008.

RIBEIRO, Herval. **O Hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez. 1993.

RODRIGUES, Carlos José. **Tabu do corpo**. Editora: Dois Pontos. 1986.

RODRIGUES, Carlos José. **Tabu da Morte**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? **Educação e realidade**, vol. 26, n. 1, 2001, p.33-57.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTAELLA, Lucia. Pós-humano: Por quê? **Revista USP**, São Paulo, n.74, p. 126-137, junho/agosto 2007.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SARTI, Graciela. **El mito de la vida artificial en la literatura y el cine**. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras UBA, 2012.

SENNETT. Richard. **O artesão**. Barcelona, Anagrama. 2009.

SERRES, Michel. **Variações sobre o corpo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

SERRES, Michel. **Narrativas do humanismo**. Rio de Janeiro. Tradução de Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Bertrand Brasil, 2008.

SES. Secretaria do Estado da Saúde: **Enfrentamento da Covid-19**. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

SEVERINO, Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

SEYMOUR, Jane. Revisiting medicalisation and 'natural' death. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 691-704, 1999. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10452423/> Acesso em 22 de outubro de 2021.

SHELLEY, Mary. **Frankenstein, ou o moderno Prometeu**. Tradução de Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2004.

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, Tomaz Tadeu. Nós, ciborgues: o corpo elétrico e a dissolução do humano. *In*: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; _____. (Org) **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 7-15, 2009.

SIMONDON, Gilbert. **A individuação à luz das noções de forma e informação**. São Paulo: Editora 34, 2020a.

SIMONDON, Gilbert. **Do modo de existência dos objetos técnicos**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2020b.

SOARES, Carmem Lúcia; TERRA, Vinicius. "Lições de Anatomia: Geografias do Olhar. *In*: **Pesquisas Sobre o Corpo: Ciências Humanas e Educação**. Vol. 1, 2007.

SPINOZA, Benedictus. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

TONELLI, Maria José. **Os sentidos das máquinas: novastecnologias e a aceleração do cotidiano de trabalho**. 2000. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UFS – **RESOLUÇÃO Nº 08/2012/CONEPE**: Alterações no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, do Centro Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho. Disponível em: https://lagarto.ufs.br/uploads/page_attach/path/2514/082012_PPC_medicina_UFS_Lagarto.pdf. Acesso em 04 de outubro de 2021.

UFS – Governo de Sergipe transfere Hospital de Lagarto para a Ebserh. Disponível em: <http://www.ufs.br/conteudo/60875-governo-de-sergipe-transfere-hospital-de-lagarto-para-a-ebserh>. Acesso em 17 de agosto de 2020.

UFS – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho. Disponível em: <http://lagarto.ufs.br/pagina/18926-campus-universitario-professor-antonio-garcia-filho> Acesso em 21 de agosto de 2020.

UFS – Guia do calouro, medicina Lagarto 2018. Disponível em:
http://lagarto.ufs.br/uploads/page_attach/path/4128/Guia_2018_-_Medicina.pdf.
 Acesso em: 19 de agosto de 2020.

UFS – Departamento de medicina de Lagarto. Disponível em:
https://www.sigaa.ufs.br/sigaa/public/curso/alunos.jsf?lc=pt_BR&id=320176. Acesso
 em: 20 de agosto de 2020.

VALE, Luke; CODY, June; WALLACE, Sheila; DALY, Conal; CAMPBELL, Marion; GRANT, Adrian; KHAN, Izhar; MACLEOD Alison. Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) versus hemodiálise hospitalar ou domiciliar para doença renal em estágio terminal em adultos. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2004.

VALLEJO, Gustavo; MIRANDA, Marisa. Apresentação: cuerpo social y cuerpo individual. In: **Políticas del cuerpo**: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad. Buenos Aires: Siglo XXI Editora, 2007, p. 15-22.

VARGAS, Milton. **Para uma filosofia da tecnologia**. São Paulo: Alfa - Omega, 1994.

VERGARA, Sylvia. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VIEIRA, Marcelo; ZOUAIN, Deborah. **Pesquisa qualitativa em administração**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

YEHYA, Naief. **O corpo transformado**. México. Paidós. 2001.

ZOBOLI, Fabio; CORREIA, Eder. O corpo enquanto objeto de estudo da Educação Física: Breves apontamentos. **Revista Scientia Plena** vol. 9, num. 7, abr./jun. de 2013.

ZOBOLI, Fabio. CORREIA, Eder. LAMAR, Adolfo. Corpo, Tecnologia e Desporto: considerações a partir do caso da paratleta danielle bradsha. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 659-670, abr./jun. de 2016.

ZOBOLI, Fabio; GALAK, Eduardo. Prometeu, Epimeteu e Pandora: corpo, técnica e tecnologia em “black mirror”. **Revista Art&Sensorium**, Curitiba, v.5, n.1, p. 1-15. Jan.-Jun. 2018.

ZOBOLI, Fabio; MEZZAROBBA, Cristiano. Corpo e política: notas sobre a educação do corpo. **Revista Kinesis**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, v. 37, p. 01-11. Mar.-Jun.2019.

ZOBOLI, Fabio; MANSKE, George Saliba; DANTAS JÚNIOR, Hamilcar Silveira. Frankenstein 200 anos depois: Entre ciência, vida e corpo. **Revista Movimento**. Porto Alegre, dez. 2019.

ZOBOLI, Fabio; DANTAS JÚNIOR, Hamilcar, Silveira. O romance que virou filme...Que virou mito: pensando o corpo a partir dos 200 anos de Frankenstein. **Revista Amazônica**. Manaus, v 4, n. 2. 2019.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de autorização e consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa.....

Apêndice 2 – Questões da entrevista direcionadas aos alunos graduandos e aos alunos dos demais ciclos do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.....

Apêndice 3 – Questões da entrevista direcionadas aos alunos graduados do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.....

Apêndice 4 – Questões da entrevista direcionadas aos professores que trabalham com os alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Campus de Universitário Professor Antônio Garcia Filho.....

Apêndice 5 – Questões da entrevista direcionadas aos alunos da turma de Medicina 2021.1 da Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.....

Apêndice 6 – Questões da entrevista direcionadas as pessoas que em algum momento das suas vidas necessitaram ou estão necessitando da tecnologia médica para manterem-se vivas.....

Apêndice I

Termo de autorização e consentimento Livre e Esclarecido para a realização da
pesquisa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. JOSÉ ALOÍSIO DE CAMPOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa

Convido-o (a) a participar da pesquisa **“EDUCAÇÃO DO CORPO E O ADIAMENTO DA MORTE VIA TECNOLOGIA: Lançando um olhar sobre a formação em Medicina no Campus de Lagarto”**, realizada no Campus Universitário prof. Antônio Garcia Filho – Lagarto/SE, de autoria de Carleane Soares da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Fabio Zoboli, para a elaboração da dissertação do Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Sergipe.

Esclarecemos de antemão que não haverá identificação dos seus dados pessoais coletados, pois todas as informações são confidenciais e os dados obtidos serão mantidos em sigilo, sendo utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, tendo acesso aos mesmos somente os pesquisadores. Não serão citados os nomes dos envolvidos, nem serão disponibilizados nomes e imagens dos colaboradores.

A problemática desta pesquisa está voltada para a seguinte questão: De que modo a temática do adiamento da morte via tecnologia se articula aos processos de formação acadêmica no âmbito do curso de medicina da UFS – Campus Lagarto?

Somente serão coletados dados que venham a contribuir com a Instituição de Ensino. Os dados pessoais coletados, serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e com acesso aos mesmos somente pelos pesquisadores. Não serão citados os nomes dos envolvidos, nem serão disponibilizados nomes e imagens dos colaboradores.

O risco desta pesquisa se refere ao desconforto em fornecer informações sobre o ambiente acadêmico que está inserido; o qual será contornado com a oferta do sigilo. Sua participação não acarretará custos e também não haverá remuneração financeira. Em qualquer etapa do estudo, poderá ter acesso aos pesquisadores

responsáveis para esclarecimentos de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade para desistência da participação a qualquer momento.

Caso concorde em participar assine ao final desse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra dos pesquisadores.

Sem mais para o momento, agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Carleane Soares da Silva

Aluna do programa de Pós-graduação em Educação - UFS

Fabio Zoboli

Orientador

Eu, _____, declaro ter entendido a importância da minha colaboração e satisfeito (a) com as explicações concordo em participar da pesquisa citada acima.

Aracaju, setembro de 2020.

Pesquisador responsável: Carleane Soares da Silva

Email: inkarli@hotmail.com

Cel: (79) 99839688

Apêndice II

Questões da entrevista direcionadas aos alunos graduandos e aos alunos dos demais ciclos do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.

QUESTÕES DIRECIONADAS AOS ALUNOS GRADUANDOS E DOS DEMAIS CICLOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data de nascimento:

Naturalidade (cidade/estado):

Ciclo:

DADOS SOBRE O CURSO:

1) Porque escolheu o Curso de Medicina da UFS – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho?

2) Com relação ao método de ensino, você encontrou ou continua encontrando dificuldades? Quais?

DADOS DA PESQUISA:

1) Enquanto profissional da Medicina, como você entende a situação de uma pessoa que só consegue se manter viva graças a tecnologia médica?

2) Numa situação de emergência em que você não tem auxílio médico e o paciente está em estado grave, implorando por socorro; enquanto estudante de Medicina, como você agiria? Faria algo (sem ter carimbo), ou se “omitiria”, já que você não seria responsável legalmente por nada?

3) "Nós tornamos Deus obsoleto". Proclama a idolatrada professora Lorenz a seus alunos. (Biohackers, 2020. Série de Ficção Científica). Comente.

4) Comente sobre o caso a seguir:

“O psiquiatra Willard Gaylin, sugere em um dos seus artigos, a criação de “bioempórios” ou bancos de neomortos (onde corpos nos quais cessaram as atividades cerebrais ficariam). Nestes locais esses corpos seriam conservados para

serem utilizados como matéria-prima de estudantes de medicina, que utilizariam os mesmos para experimentação de transplantes, injeção de vírus, manipulação de tecidos, teste de medicamentos, etc. Os neomortos seriam indistinguíveis de pacientes em coma, porém com a diferença de que já haveriam atingido aquela zona indeterminada chamada “morte cerebral” e, portanto, tecnicamente mortos. Diz o psiquiatra que há muito tempo já existe uma tradição de bancos de partes do corpo: olhos, sangue, pele, portanto o banco de neomortos faria apenas ampliar essa situação, com a vantagem de se ter corpos inteiros para a prática médica e, portanto, salvar muito mais vidas”. (LE BRETON. REIS, Espanha, n.68. 1994, p. 97).

Apêndice III

Questões da entrevista direcionadas aos alunos graduados do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.

QUESTÕES DIRECIONADAS AOS ALUNOS GRADUADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data de nascimento:

Naturalidade (cidade/estado):

Ano que se formou:

DADOS SOBRE O CURSO:

1) Porque você escolheu o curso de Medicina da UFS - Campus de Lagarto?

2) Você já atua na área?

3) Com relação ao método de ensino, você encontrou alguma dificuldade durante a graduação? Qual?

DADOS DA PESQUISA:

1) Enquanto profissional da Medicina, como você entende a situação de uma pessoa que só consegue se manter viva graças a tecnologia médica?

2) "Nós tornamos Deus obsoleto". Proclama a idolatrada professora de Medicina Lorenz a seus alunos. (Biohackers, 2020. Série de Ficção Científica). Comente.

3) Partindo de um caso hipotético, em que um familiar seu encontra-se em coma, sem funções cerebrais. Por questões de utilidade médica, Dr. Sócrates e o restante da equipe decide conservar o corpo organicamente vivo, pois seus rins, pâncreas, córneas, coração, etc. encontram-se em ótimo estado para que outros corpos possam serem beneficiados com estes. Como você agiria enquanto “espectador” desta situação?

4) Comente sobre o seguinte caso:

“O psiquiatra Willard Gaylin, sugere em um dos seus artigos, a criação de “bioempórios” ou bancos de neomortos (onde corpos nos quais cessaram as atividades cerebrais ficariam). Nestes locais esses corpos seriam conservados para serem utilizados como matéria-prima de estudantes de medicina, que utilizariam os

mesmos para experimentação de transplantes, injeção de vírus, manipulação de tecidos, teste de medicamentos, etc. Os neomortos seriam indistinguíveis de pacientes em coma, porém com a diferença de que já haveriam atingido aquela zona indeterminada chamada “morte cerebral” e, portanto, tecnicamente mortos. Diz o psiquiatra que há muito tempo já existe uma tradição de bancos de partes do corpo: olhos, sangue, pele, portanto o banco de neomortos faria apenas ampliar essa situação, com a vantagem de se ter corpos inteiros para a prática médica e, portanto, salvar muito mais vidas”. (LE BRETON. REIS, Espanha, n.68. 1994. p 97).

Apêndice IV

Questões da entrevista direcionadas aos Professores que trabalham com os alunos do curso de Medicina na Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário
Professor Antônio Garcia Filho.

QUESTÕES DIRECIONADAS AOS PROFESSORES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data Nascimento:

Naturalidade (cidade/estado):

Formação (ano e instituição):

Graduação: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

Outras informações que considera relevante de sua formação: _____

DADOS SOBRE O CURSO

1) Motivo que te levou a lecionar essa disciplina?

2) Com relação ao método de ensino adotado pela UFS – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, qual é a sua opinião enquanto professor?

DADOS DA PESQUISA

1) Como você entende a situação de uma pessoa que só consegue se manter viva graças a tecnologia médica?

2) "Nós tornamos Deus obsoleto". Proclama a professora de Medicina Lorenz a seus alunos. (Biohackers, 2020. Série de Ficção Científica). Comente.

3) "Nós tivemos uma doente aqui que a gente decidiu parar tudo. Ficamos três dias parados, e ela não tinha morte cerebral. Ela era AE, excepcional, grandona, teve uma febre e piorou muito. Paramos tudo numa segunda-feira, e na quarta-feira um médico decidiu voltar com tudo. Decidiu sozinho. Ele achou um absurdo terem parado e voltou com tudo. E não é que a menina voltou, acordou e saiu do CTI (...). Ela saiu falando". (PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2000). Imaginemos hipoteticamente que você faz parte dessa equipe, qual o seu posicionamento diante do caso? Qual a justificativa para sua posição?

4) Comente sobre a questão:

“O psiquiatra Willard Gaylin, sugere em um dos seus artigos, a criação de “bioempórios” ou bancos de neomortos (onde corpos nos quais cessaram as atividades cerebrais ficariam). Nestes locais esses corpos seriam conservados para serem utilizados como matéria-prima de estudantes de medicina, que utilizariam os mesmos para experimentação de transplantes, injeção de vírus, manipulação de tecidos, teste de medicamentos, etc. Os neomortos seriam indistinguíveis de pacientes em coma, porém com a diferença de que já haveriam atingido aquela zona indeterminada chamada “morte cerebral” e, portanto, tecnicamente mortos. Diz o psiquiatra que há muito tempo já existe uma tradição de bancos de partes do corpo: olhos, sangue, pele, portanto o banco de neomortos faria apenas ampliar essa situação, com a vantagem de se ter corpos inteiros para a prática médica e, portanto, salvar muito mais vidas”. (LE BRETON. REIS, Espanha, n.68. 1994, p. 97).

Apêndice V

Questões da entrevista direcionadas aos alunos da turma de Medicina 2021.1 da Universidade Federal de Sergipe – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho.

QUESTÕES DIRECIONADAS AOS ALUNOS DE MEDICINA – TURMA 2021.1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data de nascimento:

Naturalidade (cidade/estado):

Ciclo:

DADOS SOBRE O CURSO:

1) Porque escolheu o Curso de Medicina da UFS – Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho?

2) Com relação ao método de ensino adotado, você pesquisou sobre antes de escolher o Campus?

3) Quais as suas expectativas principais para com o curso que se inicia?

DADOS DA PESQUISA:

1) Para você, é importante ao longo do curso ter contato com disciplinas que trate sobre o tema da morte? Comente a sua posição.

2) Enquanto estudante de Medicina, como você entende a situação de uma pessoa só conseguir se manter viva graças a tecnologia médica?

2) Numa situação de emergência em que você não tem auxílio médico e o paciente está em estado grave, implorando por socorro; enquanto estudante de Medicina, como você agiria? Faria algo (sem ter carimbo), ou se “omitiria”, já que você não seria responsável legalmente por nada?

3) "Nós tornamos Deus obsoleto". Proclama a idolatrada professora Lorenz a seus alunos. (Biohackers, 2020. Série de Ficção Científica). Comente.

Apêndice VI

Questões da entrevista direcionadas as pessoas que em algum momento das suas vidas necessitaram ou estão necessitando da tecnologia médica para manterem-se vivas

QUESTÕES DA ENTREVISTA DIRECIONADAS AS PESSOAS QUE EM ALGUM MOMENTO DAS SUAS VIDAS DEPENDERAM OU ESTÃO DEPENDENDO DA TECNOLOGIA MÉDICA PARA MANTEREM-SE VIVAS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data de nascimento:

Naturalidade (cidade/estado):

Período de utilização:

DADOS DA PESQUISA

- 1) Qual é o tipo de dependência você tem ou teve com relação a tecnologia médica para manter-se vivo (a)?
- 2) O que a tecnologia médica representa para você?
- 3) Você ou sua família foram consultados (as) pela equipe médica com relação a escolha do tratamento?
- 4) Você já esteve internado (a) em uma unidade hospitalar? Se sim, como foi a sua experiência?

ANEXOS

Anexo I – Resolução que trata da criação do Campus de Lagarto.....

Anexo II – Planta baixa do projeto arquitetônico original do Hospital de Lagarto.....

Anexo III – Detalhes da estrutura curricular do curso de Medicina – UFS, Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho a partir do segundo ciclo, denominado de ciclo específico.....

Anexo I

Resolução que trata da criação do Campus de Lagarto

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE CONSELHO UNIVERSITÁRIO**

RESOLUÇÃO Nº 36/2009/CONSU

**Aprova a criação do Centro Campus
de Ciências da Saúde de Lagarto.**

O CONSELHO UNIVERSITÁRIO da Universidade Federal de Sergipe, no uso de suas atribuições legais e estatutárias,

CONSIDERANDO a necessidade de criação de uma unidade acadêmica para efetivar a implantação do campus universitário da UFS em Lagarto;

CONSIDERANDO o que determinam os artigos 9º, 10 e 13 do Estatuto da UFS;

CONSIDERANDO o que estabelece o Anexo da Resolução Nº 19/2005/CONSU;

CONSIDERANDO a aprovação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação que serão implantados na unidade acadêmica de Lagarto, através das Resoluções 92 a 128/2009/CONEPE;

CONSIDERANDO, o parecer do Relator, **Consº ANTONIO PONCIANO BEZERRA**, ao analisar o processo nº 13649/09-11;

CONSIDERANDO ainda, a decisão deste Conselho, em sua Reunião Ordinária hoje realizada,

RESOLVE:

Art. 1º Criar o Centro denominado de Campus de Ciências da Saúde de Lagarto. **Art.**

2º O Centro Campus de Ciências da Saúde de Lagarto será composto pelos seguintes Departamentos:

- I. Departamento de Medicina;
- II. Departamento de Odontologia;
- III. Departamento de Enfermagem;
- IV. Departamento de Farmácia;

- V. Departamento de Fisioterapia;
- VI. Departamento de Nutrição;
- VII. Departamento de Terapia Ocupacional;
- VIII. Departamento de Fonoaudiologia, e,
- IX. Departamento de Educação em Saúde.

Parágrafo Único: Durante o processo de implantação do Centro Campus de Ciências da Saúde de Lagarto os departamentos funcionarão sob a forma de Núcleos de Graduação.

Art. 3º O Centro Campus de Ciências da Saúde de Lagarto oferecerá regularmente os seguintes cursos de bacharelado:

- I. Medicina;
- II. Odontologia;
- III. Enfermagem;
- IV. Farmácia;
- V. Fisioterapia;
- VI. Nutrição;
- VII. Terapia Ocupacional, e,
- VIII. Fonoaudiologia.

Parágrafo Único: Serão ofertadas, anualmente, 50 (cinquenta) vagas no primeiro semestre letivo em cada um dos cursos, através do processo seletivo.

Art. 4º Dentro de 180 (cento e oitenta) dias deverá ser apresentado a este conselho o Regimento Interno do Centro Campus de Ciências da Saúde de Lagarto, para ser submetido à aprovação.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, 25 de setembro de 2009.

REITOR Prof. Dr. Josué Modesto dos Passos Subrinho
PRESIDENTE

Anexo II

Planta baixa do projeto arquitetônico original do Hospital de Lagarto



Anexo III

Detalhes da estrutura curricular do curso de Medicina do Campus Universitário
Professor Antônio Garcia Filho



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CONSELHO DO ENSINO, DA PESQUISA E DA EXTENSÃO**

RESOLUÇÃO Nº 08/2012/CONEPE

ANEXO II

**CURRÍCULO PADRÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, DO CENTRO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO**

Duração: 6 a 9 anos.

Total de Créditos: 621

Carga Horária Total: 9315 horas

Créditos Obrigatórios: 599

Carga Horária: 8985 horas

Créditos Optativos: 12

Carga Horária: 180 horas

Créditos em Atividades Complementares: 10

Carga Horária: 150 horas

Créditos Anuais: Mínimos: 68 (34 semestrais) Máximos: 160 (80 semestrais) no período equivalente ao Estágio Curricular Obrigatório em regime de Internato.

710001 - Ciclo Comum

CH: 1.020

Pré-Requisito: -

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Introdução à Ciência da Saúde	120	08
Funções Biológicas	120	08
Proliferação Celular, Inflamação e Infecção	120	08
Abrangência das Ações em Saúde	90	06
Concepção e Formação do Ser Humano	120	10
Metabolismo	90	06
Percepção, Consciência e Emoção	120	06
Práticas de Ensino na Comunidade - PEC	120	08
Habilidades e Atitudes em Saúde	120	08
Total Anual	1.020	68

706002 - II Ciclo de Medicina

Créditos: CH: 1.200

Pré-Requisito: 710001

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente	105	07
Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	150	10
Percepção, Consciência e Emoção II	150	10
Proliferação Celular e Processos Degenerativos	180	12
Locomoção e Preensão	105	07
Processo de Envelhecimento	100	12
Atualização I	60	04
Práticas de Ensino na Comunidade (PEC) II	135	09
Habilidades Clínicas e Atitudes em Medicina I	135	09
Total Anual	1.200	80

706003 - III Ciclo de Medicina**CH: 1.275****Pré-Requisito: 706002**

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Dor	180	12
Dor Abdominal, Diarreia, Vômitos e Ictericia	180	12
Fadiga, Perda de Peso e Anemias	135	09
Problemas Mentais e de Comportamento	180	12
Perda de Sangue	135	09
Febre, Inflamação e Infecção	135	09
Atualização II	60	04
Práticas de Ensino na Comunidade (PEC) III	135	09
Habilidades Clínicas e Atitudes em Medicina II	135	09
Total Anual	1.275	85

706004 - IV Ciclo de Medicina**CH: 1.200****Pré-Requisito: 706003**

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar	180	12
Manifestações Externas das Doenças e Intoxicações	135	09
Desordens Nutricionais e Metabólicas	105	07
Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência	180	12
Dispnéia, Dor Torácica e Edemas	135	09
Emergências	135	09
Atualização III	60	04
Habilidades Clínicas e Atitudes em Medicina III	135	09
Práticas de Ensino na Comunidade (PEC) IV	135	09
Total Anual	1.200	80

706005 - V Ciclo de Medicina**CH: 1.890****Pré-Requisito: 706004**

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Práticas de Serviços da Comunidade I (Saúde do Adulto e da Criança).	90	06
Práticas de Investigação Científica I	90	06
Internato em Cirurgia	765	51
Práticas de Serviços da Comunidade II (Saúde do Adulto e da Criança)	90	06
Práticas de Investigação Científica II	90	06
Internato em Ginecologia e Obstetrícia	765	51
Total Anual	1.890	126

706006 - VI Ciclo de Medicina**CH: 2.400****Pré-Requisito: 706005**

Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Práticas de Serviços da Comunidade III (Nível Secundário – Psiquiatria/Saúde Mental)	90	06
Práticas de Investigação Científica III	90	06
Internato em Medicina Interna	600	40
Internato em Pediatria	435	29
Práticas de Serviços da Comunidade IV (Nível Secundário – Saúde do Trabalhador)	90	06
Práticas de Investigação Científica IV	90h	06

Internato em Medicina Preventiva e Social	450	30
Subunidades Curriculares	Carga horária	Créditos
Internato em Medicina de Urgência (Adulto e Criança) e Traumatologia	555	37
Total Anual	2.400	160
CH TOTAL	8.985	599

**CURRÍCULO COMPLEMENTAR DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO CAMPUS
UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO**

Código	Pré-Requisito	Disciplina	Créditos (T-P)	CH
710002	-	LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais	4 (2-2)	60h
710003	-	Informática Aplicada à Saúde	4 (2-2)	60h
710004	-	Gerenciamento em Saúde	4 (2-2)	60h
710005	-	Inglês Instrumental	4 (2-2)	60h
710006	-	Espanhol Instrumental	4 (2-2)	60h
706007	-	Tópicos Especiais em Fundamentos de Medicina	8 (4-4)	120h