

# Reflexões bioéticas decoloniais sobre a corporeidade na educação médica

Eline Gomes de Araújo<sup>1</sup>, Pedro Egnardo Gontijo<sup>2</sup>, Saulo Ferreira Feitosa<sup>1</sup>, Carolina Albuquerque da Paz<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru/PE, Brasil. 2. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

## Resumo

Este estudo propõe uma reflexão bioética decolonial na educação médica, passando pelos atravessamentos do corpo como lugar de uma formação humana sensível e com compromissos éticos necessários a uma transformação social mais justa e solidária na América Latina. Em revisão narrativa, são propostas reflexões bioéticas sobre decolonialidade, corporeidade e formação médica. A formação de estudantes em medicina implica a construção de um repertório de experiências de vida que possam aproximar o distanciamento hegemônico na relação médico-paciente, promovido pela pretensa neutralidade científica cartesiana, que tem em seus mecanismos mais profundos elementos da colonialidade do poder e do saber. Propor “corporeidades em abertura” dialoga com uma mudança de paradigma para um outro cuja corporeidade relacional é voltada ao cuidado das necessidades dinâmicas de saúde das populações em sua diversidade e à capacidade de lidar com desafios e potências dentro do sistema de saúde, numa perspectiva da bioética de intervenção.

**Palavras-chave:** Bioética. Educação médica. Corpo humano. Decolonialidade.

## Resumen

### Reflexiones bioéticas decoloniales sobre la corporeidad en la educación médica

Este estudio reflexiona sobre la bioética decolonial en la educación médica, recorriendo las travesías del cuerpo como lugar para una formación humana, sensible y con compromisos éticos necesarios para una transformación social más justa y solidaria en América Latina. En una revisión narrativa se proponen tres reflexiones bioéticas sobre: la decolonialidad, la corporalidad y la formación médica. La formación de estudiantes de medicina implica la construcción de experiencias que puedan salvar la distancia hegemónica en la relación médico-paciente promovida por la supuesta neutralidad científica cartesiana, que tiene en sus mecanismos más profundos elementos de la colonialidad del poder y del saber. Proponer “corporeidades abiertas” dialoga con un cambio de paradigma hacia otro, cuya corporeidad relacional se centra en la atención de las necesidades dinámicas de salud de las poblaciones en su diversidad, la capacidad de afrontar desafíos y competencias dentro del sistema de salud desde una perspectiva bioética de la intervención.

**Palabras clave:** Bioética. Educación médica. Cuerpo humano. Decolonización.

## Abstract

### Decolonial bioethical reflections on corporeality in medical education

This study proposes a decolonial bioethical reflection in medical education, going through the crossings of the body as a place for a human, sensitive training with ethical commitments necessary for a more just and supportive social transformation in Latin America. In a narrative review, three bioethical reflections are proposed: on decoloniality, on corporeality and on medical training. The training of students in medicine implies the construction of a repertoire of life experiences that can bridge the hegemonic distance existing in the doctor-patient relationship promoted by the alleged Cartesian scientific neutrality, which has in its deepest mechanisms elements of the coloniality of power and knowledge. Proposing ‘opening corporeities’ dialogues with a paradigm shift to another, whose relational corporeality is focused on caring for the dynamic health needs of populations in their diversity, the ability to deal with challenges and powers within the health system, from a bioethics perspective of intervention.

**Keywords:** Bioethics. Medical education. Human body. Decolonization.

Declararam não haver conflito de interesse.

A formação de cuidadores em saúde no Brasil, incluindo a de médicos e médicas, relaciona-se diretamente com o sistema público de saúde nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1,2</sup>, fato que está expresso na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, que relacionam a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde como uma atribuição do SUS<sup>3</sup>. Esse sistema envolve pessoas em seu cotidiano de trabalho, de vida, de concepções religiosas, com uma diversidade de culturas em interação não apenas em encontros clínicos, mas também em ações de vigilância em saúde, de gestão e de controle social. Essa ampla interlocução gera, por consequência, uma relação com o campo da bioética.

Este artigo tem por objetivo proporcionar uma análise do papel da bioética na formação profissional médica, especificamente pela reflexão da interface da bioética de intervenção com estudos sobre decolonialidade e corporeidade(s) em jogo, além do modo como essas (des)construções e deslocamentos conceituais podem influenciar, na prática, a relação médico-paciente de estudantes em formação.

A educação médica no Brasil iniciou sua história em 1808, com a chegada da família real ao país, a abertura do curso médico-cirúrgico em fevereiro daquele ano em Salvador-BA, e, em novembro, no Rio de Janeiro-RJ<sup>4</sup>. Desde o início, o modelo dominante de formação médica (modelo biomédico) centra o processo de ensino-aprendizagem em disciplinas especializadas e fragmentadas, com pouco ou nenhum diálogo entre diferentes matérias e com pouca inclusão de ensino voltado ao desenvolvimento integral de estudantes (competências emocionais, sociais e humanísticas, por exemplo)<sup>5</sup>. Isso resulta em médicos e médicas com dificuldades para integrar conhecimentos e desenvolver uma prática que atenda às necessidades de indivíduos e comunidades e que valorize o sistema de saúde.

Em contrapartida, a educação médica contemporânea tem enfatizado a necessidade de formar profissionais com competências que vão além do domínio técnico e científico, estimulando nos estudantes o compromisso social (formação cidadã) e o engajamento com o desenvolvimento do SUS. Essa mudança de perspectiva decorre das necessidades específicas do SUS, a partir de movimentos nacionais e de controle social em favor de uma transformação no ensino médico<sup>3</sup>.

Desse modo, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina de 2001 e 2014, incentiva-se o desenvolvimento de matrizes curriculares inovadoras, que integrem diferentes áreas de conhecimento à formação médica<sup>5</sup>. Em que pese esses estímulos, a formação médica ainda é baseada no modelo biomédico e hospitalocêntrico<sup>6</sup>, de modo que o SUS continuará recebendo médicos e médicas com formação inadequada para seu fortalecimento.

Este estudo dialoga com a formação médica e a bioética, mas não se restringe ao ensino da bioética nos currículos médicos – ainda que se reconheça a importância dessa inserção, principalmente quando a abordagem vai além da bioética principialista de Beauchamp e Childress<sup>7</sup>. Tal perspectiva, criticada por vários autores, revela-se insuficiente não apenas como teoria de base filosófica frágil<sup>8</sup>, mas também como instrumento limitado para enfrentar os mais diversos dilemas e situações de conflito bioético em contextos de maior vulnerabilidade social e histórica<sup>9-11</sup>.

A bioética abrange a confluência de vários conhecimentos e busca discutir os desafios, problemas e conflitos de inúmeras esferas da vida, nas relações inter-humanas e com o meio ambiente, à luz de princípios e valores morais<sup>12,13</sup>. Com caráter multidisciplinar, exatamente por lidar com problemas heterogêneos da vida humana e do ambiente, em uma complexidade cultural e científica, a bioética exige diálogo com diferentes campos de conhecimento.

Para Silva e colaboradores<sup>14</sup>, as bioéticas latino-americanas, ao incluírem em suas bases paradigmas da complexidade e a transdisciplinaridade, contribuem, de fato, para uma proposta de currículo médico que não se restrinja a uma visão biomédica do corpo e da realidade humana, lançando mão de outros aspectos nos contextos das discussões, tais como dignidade humana e as (in)justiças sociais.

A bioética, portanto, como campo de conhecimento multi, inter e transdisciplinar, não deve se restringir a uma visão principialista na formação médica, pois tal limitação se mostra ineficaz, tanto para a resolução dos problemas de saúde da população – com prejuízos ao sistema de saúde como um todo – quanto para promover uma relação mais humana e satisfatória entre quem cuida e quem é cuidado.

A formação médica deve requerer repertórios mais abrangentes para o preparo adequado desses profissionais, diante de uma sociedade na qual emergem questões complexas, algumas novas, como o uso de inteligência artificial, bem como problemas persistentes, como a violência, fobias de gênero, machismo e racismo.

Fala-se, portanto, de uma relação mais ampla no campo bioético em interface com os estudos decoloniais, capaz de influenciar a aprendizagem de medicina no Brasil. O jeito de ensinar bioética não pode se restringir apenas a uma abordagem disciplinar, pois assim se manteria o paradigma da modernidade eurocêntrica<sup>15</sup> e os pressupostos do corpo como propriedade, que sustentam o entendimento do sujeito moderno como possuidor de algo com e sob o qual pode negociar<sup>16</sup>. Isso reforça um paradigma no qual há uma ciência capaz de objetificar o corpo e de excluir sua subjetividade da produção de conhecimento.

Nessa perspectiva de um olhar biomédico sobre os corpos, ainda predomina uma ideia reducionista de bioética como mera ética médica. Como diria Bellino<sup>12</sup>, a bioética é diferente da ética da ciência, pois esta se insere naquela, mas sem reduzi-la. Para ele, a *ética da ciência não pode esgotar a bioética, porque o conhecimento, mesmo sendo um valor importante, não é o valor único, nem o supremo, nem o absoluto*<sup>17</sup>.

E, também, a *“ética científica” não só nega a liberdade e a responsabilidade do homem, mas mesmo conseguindo construir more geometrico como código normativo, a sua aplicação seria impossível e não asseguraria os resultados esperados. Querer restringir a priori a complexidade e a multiplicidade das situações humanas sob a legislação de alguns princípios morais abstratos significa recusar a condição histórica do homem, sua finitude*<sup>18</sup>.

Entendendo bioética como ética aplicada, um conceito teórico, entretanto, pode não bastar para compreender como os conflitos morais acontecem na prática, ainda que influencie nosso modo de pensar e agir em situações reais. Considerar a teoria da decolonialidade aplicada às vivências práticas pode acrescentar perspectivas à formação, desestabilizando conceitos hegemonicamente preestabelecidos na formação médica e, em especial, nas abordagens bioéticas, e singula-

rizando as corporeidades dos sujeitos históricos em suas relações.

## Primeira reflexão: bioética e decolonialidade

A discussão sobre colonialidade e estudos decoloniais parece antiga, mas ganha força em publicações de autores como Aimé Césaire<sup>19</sup>, Aníbal Quijano<sup>15</sup>, Walter Dignolo<sup>20</sup>, Enrique Dussel<sup>21</sup>, Silvia Cusicanqui<sup>22</sup>. Esta última autora, por exemplo, demonstra que os questionamentos do poder colonial começam muito antes, entre os povos originários – indígenas submetidos ao processo de colonização na América pelos brancos europeus –, e destaca Waman Poma de Ayala<sup>23</sup>, cronista indígena, nascido no Peru, como um dos primeiros a inspirar tal pensamento e prática.

A colonialidade é um dispositivo complexo que nasce com o colonialismo, mas perdura para além dele, sustentando ideias relacionadas ao mito da modernidade eurocêntrica, ainda predominantemente hegemônica, incluindo a diferença colonial e a violência original da modernidade – aspectos dessa mesma discussão que podem ser entendidos dentro dos estudos sobre colonialidade<sup>24</sup>.

Tratando especificamente do contexto da saúde, a colonialidade perpetua aspectos que vão desde a manutenção da relação de desigualdade entre países centrais e periféricos até a concentração de renda, o desenvolvimento desigual de tecnologias voltadas ao bem-estar físico e emocional e a valoração diferenciada de corpos e vidas em pesquisas científicas. Isso se reflete, por exemplo, nas denúncias sobre o formato de pesquisas publicadas no início do século XX<sup>25</sup>.

Nesse sentido, a bioética de intervenção (BI) vem sendo estudada por alguns autores como uma bioética que tem abertura e disponibilidade com ferramentas para ser decolonial<sup>24,26</sup>. Isso se dá por partir de princípios como o paradigma da complexidade, a característica de ser multi, inter e transdisciplinar, o pluralismo moral, a prerrogativa dos direitos humanos conforme estabelecidos na *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH) e a noção de corporeidade que orienta a BI<sup>27-29</sup>.

A BI nasce entre as bioéticas latino-americanas em momento propício, marcado pela convergência

entre discussões sobre injustiças no continente e pela promulgação da DUBDH<sup>27,30</sup>. Garrafa e Cruz<sup>27</sup> descrevem criticamente a historicidade da BI no Brasil, situando sua origem nos debates sobre reforma sanitária brasileira e construção do SUS. Essa trajetória parte de uma concepção de bioética “dura”, em que o Estado deveria assegurar políticas protetoras dos mais vulneráveis, evoluindo para uma bioética que, já em sua origem, incorpora categorias como justiça, igualdade, equidade, vulnerabilidade e alteridade, entre outras. Ao longo de seu amadurecimento epistemológico, a BI incorporou ainda aspectos como complexidade, inclusão social, empoderamento, corporeidade, diálogo pautado na coerência e busca de consenso, emancipação e libertação, até consolidar-se nos conceitos de pluralismo bioético, interculturalidade e críticas ao imperalismo moral e à colonialidade.

Feitosa aponta, em seus estudos sobre os territórios epistemológicos da BI, que ela *se constitui numa proposta pluriversalmente aberta para as interações interepistêmicas com outros saberes que se colocam a serviço dos processos de construção das autonomias*<sup>31</sup>. Propõe ainda a incorporação de elementos como interculturalidade crítica, enfatizando a compreensão de intervenção como algo distinto de intromissão, além de sugerir a inclusão dos direitos da natureza e do senti-pensar (emoção e razão integrados na produção de conhecimento).

Para Garrafa e Feitosa, o papel dos formuladores da BI foi fundamental, tanto por seus aportes teóricos quanto pela atuação prática junto à Sociedade Brasileira de Bioética e à Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco, resultando na aprovação da DUBDH, considerada hoje uma conquista bioética mundial<sup>31</sup>. Em uma era em que os direitos humanos ainda não alcançam todos os humanos, a construção militante da BI, fortemente vinculada a esses direitos, configura-se também como ferramenta de luta ao lado dos mais explorados e vulneráveis da(s) sociedade(s).

## Segunda reflexão: bioética e corporeidade

Corporeidade é uma noção abordada por diferentes perspectivas teóricas, que, em geral, ganha

destaque em publicações de filosofia, ciências sociais e antropologia como conceito que tenta escapar do paradigma cartesiano da modernidade, marcado pela separação mente-corpo, no qual o corpo foi relegado a um papel secundário em relação à cognição – atribuição que, segundo Quintero, remonta a Descartes<sup>16</sup>. Discutir corporeidade aqui implica recolocar o(s) corpo(s) em cena, não como objeto de estudo e análise, mas para que tenham visibilidade, voz e lugar no modo de serem compreendidos, contarem suas próprias histórias e revelarem outros modos de ver, fazer ciência e produzir conhecimentos.

A questão do bem como cerne da relação moral é elemento fundante das reflexões éticas humanas. Para autores como Bellino, a novidade bioética está no corpo, não no “ser” em si, mas naquilo que já não é mais: *o não concebido, o feto, o moribundo, o corpo e os órgãos do defunto*<sup>32</sup>. Essas entidades ambíguas estão quase sempre em jogo na bioética médica. Para esse autor, ao estender a discussão para as esferas ambiental e animal, transcendendo o humano e superando o ponto de vista antropocêntrico, colocam-se em questão categorias básicas da ética, sendo central a figura do “outro” na relação moral.

Aqui, Bellino abre amplo espaço para que insurgências decoloniais se manifestem e se integrem. A corporeidade, então, coloca-se no centro, no ápice do debate bioético, invertendo de certo modo a lógica da razão bioética com esta consideração:

*(...) uma das tarefas na razão da bioética é precisamente a de desmascarar o caráter verbal e não real da negação de alguns princípios fundamentais da ética. O trabalho filosófico, sobretudo na ética, não consiste tanto em construir novos princípios e inventar novos valores, quanto sobretudo no fazer aflorar na consciência reflexa o que já está presente na consciência não-reflexa, no tornar tema aquilo que de qualquer maneira permanece atemático, no apontar o limite de certas afirmações, em esclarecer o que foi dito de maneira incorreta e confusa, e no interpretar o ainda não dito, mas que está presente e operante na cultura de cada sociedade e na consciência humana*<sup>33</sup>.

Quando, no período colonial, os corpos dos povos dominados da África e da América Latina foram considerados “não humanos” ou “sem alma”, tornaram-se vítimas de expropriação de

suas culturas e historicidades, sendo relegados ao lugar do “não ser” pelo colonizador. Como nos alertou Aimé Césaire:

*(...) entre colonizador e colonizado, só há espaço para trabalho forçado, a intimidação, a pressão, a polícia, os impostos, o roubo, o estupro, a imposição cultural, o desprezo, a desconfiança, o necrotério, a presunção, a grosseria, as elites descerebradas, as massas aviltadas. Nenhum contato humano, porém relações de dominação e submissão que transformam o homem colonizador em peão, em capataz, em carcereiro, em açoite, e o homem nativo em instrumento de produção. É minha vez de apresentar uma equação: colonização = coisificação*<sup>34</sup>.

Do mesmo modo que a cultura iluminista do século XVIII influenciou as ciências biomédicas com o positivismo cartesiano, a filosofia também não ficou imune. Pelo contrário, nesse contexto fundam-se as bases da filosofia moderna e transcendental, e apenas no século XX se percebeu que o iluminismo *havia parido a racionalidade instrumental antropocêntrica*<sup>35</sup>, a qual respalda ações morais de caráter exploratório sobre culturas dominadas e sobre a natureza.

Segundo Ruiz e Maciel, o emprego de máximas do saber kantiano por meio da razão e do poder, conseqüente aos seus usos e aplicações, implicou uma mudança fundante nas relações morais:

*Esse deslizamento do saber para o poder, principalmente na forma do benefício útil, gerou a matriz ética do narcisismo como domínio do outro, que legitima o interesse individual como motor moral de todas as ações. Nessa ética, a aspiração ao benefício próprio culmina em espécie de hedonismo naturalizado*<sup>36</sup>.

É esse cenário que se prolonga por séculos, até que novas produções de conhecimento abram outras perspectivas. O lugar do corpo, longe da cognição, foi relegado a uma zona bestial, inferior, não replicável e, portanto, tida como não confiável. Para Nascimento, a história da modernidade ocidental trouxe para os *corpos não brancos, não masculinos, não ocidentais uma corporeidade encarcerante* de modo perverso, sob os destroços causados pelo racismo e pelo patriarcado<sup>37</sup>. Nascimento também aponta a BI como uma bioética

com potencial para práticas e dispositivos decoloniais, destacando a discussão sobre corporeidade como aspecto essencial no debate ético<sup>24</sup>.

Em um dos artigos fundantes da bioética de intervenção, Garrafa e Porto<sup>38</sup> colocam a corporeidade como marcador essencial da teoria. Nascida das proposições latino-americanas contra a hegemonia principalista norte-americana, a BI estabelece o corpo como conceito fundamental, por entender que é sobre ele que incidem as questões éticas, é com ele que os sujeitos vivem suas realidades concretas – como a pobreza – e é por meio dele que percebem o mundo e experimentam dor ou prazer, na complexidade somática corpórea. Explicam os autores:

*A defesa do reconhecimento da concretude humana advogada pela bioética de intervenção pauta-se na ideia de que qualquer abordagem ou dimensão a partir da qual se analise o ser humano será calcada a priori sobre o corpo humano; sobre as interpretações que o senso comum e que cada área do conhecimento lhe atribui. Como veículo da existência física, ele é o universal óbvio*<sup>39</sup>.

Embora não se restrinja a uma base puramente fisiológica, a tentativa de identificar marcadores somáticos humanos essenciais e universais, a partir da dor e do prazer, mostra-se tarefa complexa. Damásio já havia explicado, há algum tempo, que emoção e razão estão intrinsecamente entrelaçados nas construções dos nossos mapas-corporais de sensação e percepção, servindo como bases neuroquímicas para a tomada de decisões, na prática<sup>40-42</sup>.

Para Dukes e colaboradores<sup>43</sup>, estamos possivelmente na era do afetivismo, superando os paradigmas cognitivista e comportamental. Segundo esses autores, *importa salientar que as emoções não apenas moldam a maneira como interpretamos o mundo, mas também determinam quais de seus aspectos demandam nossa atenção e quais podem ser ignorados com segurança; as emoções não dizem respeito apenas ao que é, mas sobretudo ao que tem relevância*<sup>43</sup>. É nesse lugar-corpo que a experiência precisa ser tomada e sentida, preservando a integralidade dos processos corporais como fundamento da ação reflexiva, inclusive bioética.

Tem relação com a experiência, e com o saber da experiência, entendida como aquilo que nos acontece,

com todas as suas potencialidades de incerteza, de abertura ao desconhecido e do vivido de modo particular por cada sujeito. Para Larrosa Bondía,

*(...) o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)<sup>44</sup>.*

O encontro clínico também se constitui como lugar da experiência. Como afirma Merhy<sup>45</sup>, esse *trabalho vivo em ato* na saúde configura-se como um saber-fazer dos corpos, pautado pelo encontro entre dois (ou mais) e pelo emergente que dele decorre, inclusive com as incertezas próprias daquele momento. Essa experiência do encontro clínico se constrói (ou não) em vínculos e afetos, alimentando processos de produção de saúde-doença e alcançando outros universos do humano, por vezes não diretamente observáveis. Nesse lugar do trabalho produtivo em saúde, as concepções de saúde – seja como direito ou como mercadoria – influenciam nosso olhar sobre os atos em saúde e o tipo de engajamento que orienta as atitudes dos sujeitos envolvidos, em especial do trabalhador de saúde.

De modo análogo, as bases fundantes da modernidade eurocêntrica, alicerçadas na colonialidade do poder e do saber e na compreensão de corpos pretos e pobres como inferiores, influenciam os profissionais de saúde – e, por consequência, aqueles em formação –, que tendem a se mobilizar menos para investir tempo tanto em processos educativos capazes de transformar a realidade saúde-doença quanto na geração de vínculo que poderiam potencializar e intensificar a relação de cuidado.

Não se pode, entretanto, tratar o tema com ingenuidade, pois ele não se limita a uma questão individual da relação médico(a)-paciente. É necessário considerar os fatores macropolíticos que regem e influenciam os sistemas de saúde, marcados, desde o século XX, pela disputa entre o modelo neoliberal capitalista e o modelo proposto pelo movimento de reforma sanitária brasileiro, de base marxista.

Como aponta Larrosa, esse modo de estar no mundo como corpo – ou, como sugere Nascimento<sup>37</sup>, corporalidade em abertura – constitui um (novo?) modo bioético, por se tratar de uma situação prática, aplicada ao encontro clínico em saúde. Essa corporalidade em abertura é apresentada como contraponto à visão de uma corporalidade *encarcerante*, derivada da ideia de propriedade do corpo e sustentada pelo sujeito moderno<sup>16</sup>.

A partir do resgate dos processos de resistência e de reconstrução das tradições dos povos negros africanos por meio do candomblé, Nascimento destaca ao menos dois aspectos relevantes que rompem com o paradigma da modernidade colonial: a oralidade e a relação com a natureza. Na primeira, a palavra pode ser corpo e o corpo pode ser palavra. Diz:

*A oralidade rasura a distinção entre mente e corpo, que atribui a esta primeira o “lugar” no qual a palavra tomaria existência, tendo o corpo apenas a responsabilidade de externá-la, seja na escrita ou na fala. A oralidade nos lança em um encontro entre sujeitos que são também corpos. E, nesse fenômeno, não apenas o corpo inteiro fala, como promove uma vinculação entre as pessoas engajadas no processo de falar e escutar<sup>37</sup>.*

Assim, a oralidade instaura um compromisso entre corpo, palavra e falantes: quem fala se envolve nas palavras que profere, e quem escuta transforma a si mesmo, acolhendo em seu interior aquele que lhe dirige a palavra. A oralidade funciona como mecanismo de construção de uma comunidade sustentada pelo vínculo da palavra, e essa coletividade não pode ser compreendida apenas como a soma de indivíduos que falam ou escutam, mas pelos múltiplos encontros e pelos muitos “entres” que tais encontros promovem<sup>46</sup>.

Ao discutir o papel da docência e das ferramentas pedagógicas na educação médica, é possível

remeter às experiências singulares de cada fala e escuta em aula, bem como a cada encontro prático na trajetória de formação de um trabalhador em saúde, na perspectiva de uma grupalidade que se expressa e se reconhece mutuamente. O recurso a metáforas ou a contação de histórias pode funcionar como estratégia de ressignificação do vivido, configurando um lugar de integração reflexiva que vai além do meramente cognitivo. Nesse contexto, a oralidade se apresenta como convite e engajamento de um todo corporal integrado.

Para as comunidades de candomblé, as relações com a natureza representam um corpo *continuum* em uma relação comunitária, descrevendo uma corporalidade do cuidado (coletivo)

*(...) que sustenta tanto a ideia de natureza como casa ou como meio ambiente é exatamente uma separação entre o “eu” que os humanos representariam e um “outro”, que seria a natureza. A natureza, para os terreiros é parte do grande nós que é o mundo comunitário presente nas cosmologias dos candomblés. Os terreiros entendem que há um continuum no mundo do qual nós e a natureza fazemos parte, de maneira que falar de natureza é, também falar de nós mesmos*<sup>47</sup>.

Esse mundo/natureza é, portanto, sempre incorporado, sempre produzido no corpo, sempre faz o corpo. Funda-se, aí, uma corporeidade do cuidado, configurada como ferramenta fundamental para enfrentar o histórico de auto-ódio imposto pelo racismo às pessoas negras nas sociedades. Por trás desse cuidado ecológico vive uma corporeidade cuidadosa, que orienta esse modo de estar no mundo, atravessado por uma realidade que o constitui<sup>31-48</sup>.

É o mesmo autor que indica que a bioética de intervenção, a partir do dispositivo do diálogo, oferece ferramentas que recolocam a corporeidade no centro do debate bioético, situando os corpos em jogo<sup>24</sup>. Também Garrafa e Cruz defendem que, além dos marcadores de dor e prazer, é no corpo que se manifesta a realidade concreta das pessoas, expondo suas relações com o ambiente – seja em um contexto de vida próximo, ligado a direitos individuais que garantem a sobrevivência física e social, seja em condições macrossociais relacionadas à organização econômica e social<sup>27</sup>.

Outras bioéticas latino-americanas, como a bioética narrativa<sup>49</sup>, também apresentam propostas

contra-hegemônicas, ao situarem o singular e a realidade contextual na experiência narrada pela própria pessoa.

### Terceira reflexão: bioética, corpo e arte na educação médica

No Brasil, mudanças importantes nas escolas médicas vêm ocorrendo desde o início do século XX, ainda que o debate sobre as insuficiências da formação seja de longa data<sup>1,4</sup>. A publicação das novas DCN para os cursos de medicina, em 2014<sup>50</sup>, constituiu marco inaugural dentro de um projeto mais amplo de transformação da educação médica. Essa mudança foi fortemente influenciada pela implantação do Programa Mais Médicos pelo Brasil, estruturado em três eixos de ações, sendo um deles o de formação, que prevê a abertura de novas escolas médicas e a regulamentação da formação com base nessa diretriz.

Por se tratar de um programa voltado a ampliar o acesso de populações que jamais haviam tido assistência contínua no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio do eixo de provimento de médicos(as), ele focou as necessidades de saúde da população dentro de seus territórios, revelando grande potencial para promover uma mudança estrutural de cunho decolonial.

Nesse contexto, evidencia-se o “valor” do corpo no processo de ensino-aprendizagem da formação médica em geral e das corporalidades na construção de saberes e potências em cada relação no encontro clínico. Retomam-se, assim, os seguintes aspectos considerados fundamentais para esta discussão no campo da educação em saúde:

1. Colocar o corpo e a corporalidade no centro dos processos de formação é uma questão bioética, pois se relaciona diretamente com os temas discutidos: a objetificação dos corpos pelas ciências modernas que, respaldadas na colonialidade, tornam invisíveis as subjetividades desses corpos; e
2. Promover e valorizar iniciativas na formação médica (e em outros campos da saúde) que desenvolvem mecanismos capazes de romper com a colonialidade do saber e do poder por diversos caminhos pedagógicos.

Dentre as iniciativas no âmbito curricular médico, a inserção da arte e suas contribuições

como campo de conhecimento prático vem ocorrendo de forma singular neste início de século XXI. Mesmo considerando que a relação entre medicina e arte não é nova e apresenta diversas interfaces, é notável o foco atribuído às chamadas “intervenções baseadas em arte” na formação profissional em saúde<sup>51-53</sup>. Cada vez mais, a formação médica valoriza habilidades e atitudes que extrapolam aspectos técnicos restritos à biomedicina, reconhecendo que competências vinculadas a dimensões humanísticas das relações inter-humanas se refletem positivamente em resultados práticos de profissionalismo e liderança.

Em algumas revisões do assunto, é possível encontrar diferentes estratégias de uso da arte na abordagem de determinados conteúdos pedagógicos, o que dificulta a elaboração de revisões amplas com resultados mais direcionados, dada a grande heterogeneidade de intervenções e de cenários clínicos.

Osman, Eacott e Willson<sup>51</sup> apontam a necessidade de estudos mais focados. Essas autoras também criticam a ausência de inclusão adequada de artistas, que poderiam contribuir de maneira consistente, tanto em aspectos teóricos quanto em aplicações práticas, de acordo com sua formação no campo das artes. Isso demonstra como a medicina, enquanto campo colonizado pela modernidade eurocêntrica, tende a supervalorizar seus próprios saberes e a excluir outros conhecimentos que, historicamente, afetam e (des)constróem imaginários, repertórios e experiências estéticas, contribuindo para a formação humana de modo transdisciplinar.

No Brasil, interessantes iniciativas podem ser citadas em diversas regiões, com abordagens variadas nos cursos de medicina: Medical Education Empowered by Theater (MEET), da Universidade Estadual de Campinas<sup>54</sup>; Laboratório de Sensibilidades (Labsensi), no curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco, em Caruaru, *campus Agreste*<sup>55</sup>; Laboratório de Sensibilidades, da Universidade Federal de São Paulo, em Santos-SP<sup>56</sup>; Laboratórios de Sensibilidades e Devires (LSD), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; e Laboratório de Subjetividade e Corporeidade – CorporeiLabS, da Universidade Federal Fluminense, em Niterói-RJ<sup>57</sup>.

Todas essas recorrem ao campo das artes para propor experiências, vivências, discussões, fruições e construções criativas que impactam o modo

tradicional de ensinar em saúde e de formar cuidadores, apontando que existem outros caminhos de transformação e de formação de competências humanas e cidadãs, que podem se chamar, também, de competências bioéticas.

É necessário apontar que a discussão sobre corporeidade na educação médica, quando pausada pela inclusão de campos transdisciplinares de saber e orientada a uma formação mais próxima das atuais exigências das DCN, deve necessariamente incluir o campo das artes em sua estrutura. Nesse sentido, não se trata de uma inserção utilitária, subordinada a uma hierarquia que superficializa as relações entre os campos do saber, mas de valorização das artes contemporâneas potencialmente decoloniais no âmbito da formação médica e em saúde.

Do mesmo modo que diferentes campos do saber foram colonizados no processo de modernização eurocêntrica, a arte e a estética também o foram, como enfatiza Mignolo<sup>58</sup> em sua crítica à colonização da *aesthesis* pela estética. Ao se distanciar de uma função meramente representativa para assumir um lugar de catarse criativa, o autor identifica diferenças sensíveis em manifestações artísticas que escancaram problemas contemporâneos por meio de performances e instalações discutindo o lugar do corpo negro, feminino e das relações humanas na sociedade. Essas intervenções não permitem indiferença, e seu papel central pode estar justamente em potencializar, aproveitar e criar momentos de abertura para deixar-se afetar por esses fazeres-dizeres de corpos que problematizam a bioética de outro modo: a partir de suas realidades e histórias de vida, transformando a si mesmos em arte decolonial materializada no mundo.

## Considerações finais

As três reflexões propostas possibilitam pensar sobre a formação médica não apenas quanto ao que se ensina ou ao que se considera como conteúdo teórico-prático para a prática médica, mas também quanto ao modo de lecionar e de conduzir o processo formativo. Bioética, decolonialidade, corporeidade e arte, assim, exploram as fronteiras do que uma formação biopsicossocial pode oferecer.

Estudos decoloniais ampliam a percepção sobre nosso lugar na matriz colonial e devem ser incorporados às reflexões bioéticas que enfrentam a diversidade cultural e comportamental, lidam com diversas culturas e comportamentos, nos desafios cotidianos e emergentes em saúde. A relação entre decolonialidade e bioética, especificamente a bioética de intervenção, torna essa abordagem uma ferramenta potencial para impulsionar os debates na formação, com foco em situações práticas que possam ser experienciadas pelos estudantes.

A corporeidade deve ser assumida como eixo fundamental no ensino teórico-prático dos estudantes de saúde, em especial de medicina, em diálogo estreito com os processos de tomadas de decisão em saúde, no modo de lidar com os pacientes e no exercício do profissionalismo e do trabalho em equipe.

A arte e a bioética podem caminhar juntas na formação de profissionais médicos, contribuindo para novas (des)organizações da corporeidade nos encontros clínicos. A bioética, em seu sentido mais

amplo, deve orientar toda a formação médica. Entendendo a bioética como transdisciplinar e aberta ao diálogo com diversos campos de saber, ela incorpora as contribuições das artes. Além disso, como discutido ao longo deste artigo, a experiência artística – seja por meio da criação, fruição, preparação ou de outros caminhos – deve dialogar com os diferentes universos das corporeidades em questão, apontando modos singulares de percepção da experiência no mundo, capazes de nos afetar e potencializar transformações internas, tangenciando a decolonialidade como espaço de reflexão e prática.

Parte do desafio reside no fato de que essa proposta não opera como receita, mas como experiência, não sendo repetível ou automaticamente replicável. Em cada contexto, ao se colocarem as questões suscitadas nas três reflexões, descortina-se uma gama de desafios, possibilidades e potencialidades. Em cada organização, é preciso reconhecer de que modo a colonialidade impregna as práticas formativas e quais saídas criativas se tornam concretamente possíveis.


## Referências

1. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [acesso 10 out 2024];14(1):41-65. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004
3. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2002 [acesso 10 dez 2024];7(2):373-83. DOI: 10.1590/S1413-81232002000200016
4. Romano VF. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2005 [acesso 10 dez 2024];3(1). DOI: 10.1590/S1981-77462005000100016
5. Machado CDB, Wu A, Heinzle M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev bras educ med* [Internet]. 2018 [acesso 10 dez 2024];42(4):66-73. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065
6. Matias MC, Verdi M, Finkler M. Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [acesso 10 dez 2024];47(138):504-15. DOI: 10.1590/0103-1104202313810
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
8. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. *J Med Philos* [Internet]. 1990 [acesso 10 out 2024];15(2):219-36. DOI: 10.1093/jmp/15.2.219
9. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principlismo em bioética: perspectivas desde o Norte e desde o Sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso 10 out 2024];25(2):442-51. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801

10. Serodio A. Revisitando o principlismo: aplicações e insuficiências na abordagem dos problemas bioéticos nacionais. *Rev Bras Bioét* [Internet]. 2008 [acesso 10 out 2024];4(1-2):69-79. DOI: 10.26512/rbb.v4i1-2.7875
11. Figueiredo AM. Bioética: crítica ao principlismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2018 [acesso 11 set 2024];26(4):494-505. DOI: 10.1590/1983-80422018264267
12. Bellino F. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: Edusc; 1997.
13. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 [acesso 15 set 2024]. p.741-58. DOI: 10.7476/9788575413494
14. Silva VXL, Vieira VB, Feitosa SF. Complexidade e transdisciplinaridade no currículo médico comprometido com bioéticas latino-americanas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 10 out 2024];30(3):548-57. DOI: 10.1590/1983-80422022303548PT
15. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais [Internet]. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO); 2005 [acesso 10 out 2024]. p. 117-42. Disponível: <https://bit.ly/46uMnBj>
16. Quintero CS. Propriedade do corpo: sujeito, direito e trabalho [tese] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mXK6oh>
17. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 49.
18. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 50.
19. Césaire A. Discurso sobre o colonialismo. São Paulo: Veneta; 2020.
20. Mignolo WD. Histórias locais/Projetos globais: Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar [Internet]. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2020 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46vFxvs>
21. Dussel E. 1492 – o encobrimento do outro: a origem do “mito da modernidade”. Conferências de Frankfurt [Internet]. Petrópolis: Vozes; 1993 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48gC19o>
22. Cusicanqui SR. Ch'ixinakax utxiwa: uma reflexão sobre práticas e discursos descolonizadores. São Paulo: N-1; 2021.
23. Böschemeier AGE, Quispe-Agnoli R, Greco L. Waman Poma de Ayala, um autor indígena do século XVII: questionando antropocentrismos no colonialoceno. *TECCOGS – Revista Digital Tecnologias Cognitivas* [Internet]. 2021 [acesso 10 dez 2023];(24):157-203. DOI: 10.23925/1984-3585.2021i24p157-182
24. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [acesso 11 set 2023];20(2):287-99. DOI: 10.1590/S0104-12902011000200003
25. Beecher HK. Ethics and clinical research. *N Engl J Med* [Internet]. 1966 [acesso 10 set 2023];274(24):1354-60. DOI: 10.1056/NEJM196606162742405
26. Nascimento WF, Martorell LB. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 10 nov 2023];21(3):423-31. Disponível: <https://bit.ly/4piezPe>
27. Garrafa V, Cruz E. Bioética de intervención: una agenda latinoamericana de re-territorialización epistemológica para la bioética. In: Pfeiffer ML, Castillo-Manchola C, editores. Manual de educación en bioética – fundamentar la bioética: conocimientos, valores y visiones desde América Latina y el Caribe [Internet]. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México/Unesco; 2022 [acesso 10 nov 2023]. p. 37-65. (volume 2). Disponível: <https://bit.ly/3HUQL3j>
28. Garrafa V. Apresentação: o novo conceito de bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 9-15.
29. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 73-86.
30. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo Saúde* [Internet]. 2002 [acesso 10 nov 2024];26(1):6-15. Disponível: <https://bit.ly/47CSzbc>
31. Feitosa SF. O processo de territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora [tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015 [acesso 10 nov 2024]. p. 6. DOI: 10.26512/2015.02.T.18950

32. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 28.
33. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 29.
34. Césaire A. Op. cit., 2020. p. 24.
35. Ruiz CB, Maciel JC. A ética do cuidado do outro e a bioética ambiental. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2024];28(3):440-8. DOI: 10.1590/1983-80422020283405
36. Ruiz CB, Maciel JC. Op. cit., 2020. p. 441.
37. Nascimento WF. Corporalidades em abertura: os candomblés e percursos da resistência incorporada. *Humanidades e Inovação* [Internet]. 2020 [acesso 10 nov 2023];7(25): 79-87. Disponível: <https://bit.ly/42qTyYO>
38. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2005 [acesso 11 set 2024];13(1):111-23. Disponível: <https://bit.ly/4pfHhQH>
39. Porto D, Garrafa V. Op. cit., 2005. p. 116-117.
40. Damásio A. O mistério da consciência. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
41. Damásio A. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
42. Damásio A, Carvalho GB. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2013 [acesso 10 out 2023];14(2):143-52. DOI: 10.1038/nrn3403
43. Dukes D, Abrams K, Adolphs R, Ahmed ME, Beatty A, Berridge KC *et al.* The rise of affectivism. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2021 [acesso 15 set 2024];5(7):816-20. DOI: 10.1038/s41562-021-01130-8. Tradução livre.
44. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev bras educ* [Internet]. 2002 [acesso 11 set 2024];(19):20-8. Disponível: <https://bit.ly/4nqZdGC>
45. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
46. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 82.
47. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 83.
48. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 84.
49. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 10 out 2024];24(1):165-75. DOI: 10.1590/1983-80422016241118
50. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 10 out 2024]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/46oaFwI>
51. Osman M, Eacott B, Willson S. Arts-based interventions in healthcare education. *Med Humanit* [Internet]. 2018 [acesso 10 out 2023];44(1):28-33. DOI: 10.1136/medhum-2017-011233
52. Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: the lens of the arts. *Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 10 out 2023];49(8):759-72. DOI: 10.1111/medu.12768
53. Haidet P, Jarecke J, Adams NE, Stuckey HL, Green MJ, Shapiro D *et al.* A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ* [Internet]. 2016 [acesso 10 out 2023];50(3):320-31. DOI: 10.1111/medu.12925
54. Carvalho Filho MA, Ledubino A, Frutuoso L, Wanderlei JS, Jaarsma D, Helmich E *et al.* Medical Education Empowered by Theater (MEET). *Acad Med* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2024];95(8):1191-200. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003271
55. Araújo EG, Paz CA, Melo LA. Pistas para um estudo do sensível. *Interritórios* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2023];6(10):393-414. DOI: 10.33052/inter.v6i10.244917
56. Henz AO, Rodrigues A, Capozzolo AA, Moreno HV, Baldo RC, Casetto SJ. Pactos do sensível. *Interritórios* [Internet]. 2019 [acesso 10 out 2023];5(9):140-54. DOI: 10.33052/inter.v5i9.243606
57. Rocha M, Santos ARC, Resende C. Polissemias do sensível: resistência e ethos na formação em saúde. *Interritórios* [Internet]. 2019 [acesso 10 out 2023];5(9):124-39. DOI: 10.33052/inter.v5i9.243599
58. Mignolo WD. Aisthesis decolonial. *Calle14* [Internet]. 2010 [acesso 10 out 2023];4(4):10-25. DOI: 10.14483/21450706.1224


**Eline Gomes de Araújo** – Doutora – eline.gomes@ufpe.br

 0000-0002-3013-7425


**Pedro Egnardo Gontijo** – Doutor – pedroegontijo@gmail.com

 0000-0001-8879-2783

**Saulo Ferreira Feitosa** – Doutor – saulo.ffeitosa@ufpe.br

 0000-0001-6360-0212

**Carolina Albuquerque da Paz** – Doutora – carolina.apaz@ufpe.br

 0000-0003-1997-0720

#### Correspondência

Eline Gomes de Araújo – Rua Umbrana, 4. Indianópolis. CEP 55024-215. Caruaru/PE, Brasil.

#### Participação dos autores

Eline Gomes de Araújo foi responsável pela concepção do estudo, revisão narrativa, escrita do manuscrito, revisão e redação final. Carolina Albuquerque da Paz participou da revisão narrativa, escrita do manuscrito e revisão crítica. Pedro Egnardo Gontijo contribuiu na revisão crítica e redação final. Saulo Ferreira Feitosa participou da revisão crítica. Todos os autores têm responsabilidade pela integridade do conteúdo.

**Disponibilidade de dados:** Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

**Editores responsáveis:** Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

**Recebido:** 9.2.2025

**Revisado:** 13.8.2025

**Aprovado:** 15.8.2025