

O MODELO BIOMÉDICO DOS CORPOS BRANCOS CISHETERONORMATIVOS E AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE PARA OS CORPOS DESVIANTES

Luciano da Silva Alonso

Médico veterinário, anatomista, doutor em ciências (USP - 2005) professor do Departamento de Anatomia Animal e Humana do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da UFRRJ.

“Se considerarmos a política uma forma de guerra, devemos perguntar: que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado)? Como eles estão inscritos na ordem do poder?”

Achille Mbembe / Necropolítica - Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte

RESUMO: O modelo biomédico vigente seria mais uma forma de necropolítica? Os pressupostos do necropoder tratados por Achille Mbembe (2019) podem dialogar com essa perspectiva. A discriminação de corpos para impedir o acesso à saúde se constitui em mais uma forma de subjugação da vida ao poder da morte, se não pela ação das armas, mas pelas barreiras de acesso aos serviços de saúde, com o aniquilamento da vida por uma miríade de enfermidades. Negros, indígenas, pessoas com deficiência e população LGBTQIA+ encontram obstáculos para obterem assistência médico-hospitalar que são decorrentes de questões estruturais próprias do modelo econômico vigente desde a modernidade. As barreiras de acesso são elucidadas em detalhes pelo olhar da interseccionalidade. Discute-se no artigo a alternativa de formação de profissionais de saúde em medicina de família e de comunidade como outro paradigma para a assistência universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, nos marcos da luta anticapitalista.

PALAVRAS-CHAVE: estresse de minorias; opressões; saúde coletiva; saúde pública; medicina.

ABSTRACT: Would the current biomedical model be yet another form of necropolitics? The assumptions of necropower elucidated by Achille Mbembe (2019) can dialogue with this perspective. Discrimination of bodies to prevent access to health constitutes yet another form of subjugation of life to the power of death, if not by the action of weapons, but by barriers to access to health services, with the annihilation of life by a myriad of illnesses. Blacks, indigenous people, people with disabilities and the LGBTQIA+ population face obstacles to obtaining medical care that are due to structural issues inherent to the economic model in force since modernity. Access barriers are elucidated in detail through the intersectionality view. This paper discusses the alternative of training health professionals in family and community medicine as another paradigm for universal, equitable and comprehensive care in health services, within the framework of the anti-capitalist struggle.

KEYWORDS: minority stress; oppressions; collective health; public health; medicine.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este ensaio propõe o debate sobre alguns aspectos da normatividade branca cisheteronormativa, como modelo para a prática orientadora na formação de recursos humanos em saúde. O modelo biomédico hospitalocêntrico tradicional se soma à prática de atendimentos médico-hospitalares oportunizados para a população branca e de corpos não desviantes, considerando a hegemonia do binarismo masculino/feminino e dos privilégios históricos concedidos para os sujeitos brancos e neurotípicos. Problematisa-se que indígenas, negros, população LGBTQIA+, pessoas com deficiência física ou com síndromes e doenças raras ou que se caracterizem por deficiência intelectual, como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, o autismo, a síndrome de Tourette, a síndrome de Down, dentre outras condições, encontram barreiras de acesso a saúde e estas são estruturais.

Em sua vasta obra, Foucault analisa o quanto corpos desviantes e pessoas com comportamentos neurodiversos foram historicamente ocultados da sociedade, por uma série de mecanismos institucionais. A realidade mostra que a naturalização apenas dos corpos brancos com expressão neurotípica de comportamentos, dificulta ou exclui da possibilidade de acesso aos serviços de saúde, aqueles cujas corporeidades se constituam de forma diferente aos padrões dominantes. O resultado deste modelo excludente se expressa nos índices epidemiológicos de doenças crônicas não transmissíveis ou de doenças infecciosas negligenciadas, como maior causa de morbidade e mortalidade entre negros, indígenas, gays, transgêneros e pessoas com deficiência física ou mental, em comparação à população de pessoas brancas consideradas não desviantes.

Esta realidade interseccional carece de ampla interpretação para o seu enfrentamento. No campo das doenças emergentes e das infecções sexualmente transmissíveis também se tem a população mais vulnerável entre os não brancos, não cis e não neurotípicos. Ao longo do texto serão tratados exemplos e dados sobre esta realidade.

MODELO BIOMÉDICO HEGEMÔNICO

O modelo biomédico hegemônico é centrado na doença e no atendimento hospitalar, sem ênfase nos fatores determinantes sociais de saúde. Buss e Filho (2007), em artigo de revisão, dizem que são determinantes sociais de saúde as condições sociais

em que as pessoas vivem e trabalham, com todos os atravessamentos econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Desta forma, é preciso reforçar que o modelo biomédico atende o indivíduo descontextualizado de sua realidade histórica, social, cultural, identitária e interseccional. O indivíduo atendido no modelo biomédico hegemônico, não raro, é assistido como entidade biológica, quase máquina, uma herança do cartesianismo e do positivismo nas ciências da saúde (Fertonani et. al., 2015).

Em que pese a influência do cartesianismo nas ciências e na medicina, a prática médica até os anos 1950 ainda era caracterizada pela disponibilidade do médico em estar ao lado do paciente. A relação médico-paciente era mais próxima e humanizada que a atual, segundo Rios e Schraiber (2012). Os médicos que atuavam nas primeiras décadas do século XX eram herdeiros de uma prática médica construída de uma forma mais artesanal, ainda comum no final do século XIX e início do século XX. Este modelo foi paulatinamente sendo substituído a partir da segunda década do século XX, ocasião em que o modelo biomédico sofreu forte influência do Relatório Flexner.

Considera-se que o Relatório Flexner, publicado no ano de 1910, foi o marco de padronização do modelo biomédico no mundo ocidental no século XX. Este relatório foi produzido por Abraham Flexner nos Estados Unidos da América, mediante trabalho de visitas em cerca de 150 escolas médicas estadunidenses e canadenses, realizadas pelo próprio Flexner em curto espaço de tempo (seis meses) e sob o patrocínio da Fundação Carnegie. Antes deste relatório, Flexner foi patrocinado pelo Grupo Rockefeller desde 1902 (Pagliosa e Da Ros, 2008). Do resultado inicial do Relatório Flexner, cinco de sete escolas médicas para negros foram fechadas, dentre várias outras também fechadas (Pagliosa e Da Ros, 2008) em detrimento de uma elitização e de um estabelecimento de ideais meritocráticos na organização da formação médica.

A bem da verdade, ideais cientificistas e tecnicistas que se difundiam pelo mundo ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX, criaram um ambiente que alimentou as ideias de Flexner ao produzir o Relatório, convergindo para uma relação do grande capital com as instituições encarregadas da formação médica, sobretudo da indústria farmacêutica patrocinando tais escolas e projetos de pesquisa na área médica, onde a própria fundação Rockefeller e outros grupos filantrópicos cooptaram de forma

importante o setor da saúde ao longo do século XX, colocando a necessidade de contrapartida: moldar todo o setor da saúde para a reprodução do capital.

O modelo biomédico se estabeleceu então nos moldes hospitalocêntrico e tecnicista. Hospitalocêntrico porquê direciona a atenção a saúde para a intervenção no indivíduo doente em ambiente hospitalar. E tecnicista porquê supervaloriza a tecnologia e os métodos complementares de diagnóstico, com todas as técnicas e recursos tecnológicos disponíveis, em detrimento do exame físico e da anamnese (conversa) cuidadosa com a pessoa enferma no momento da consulta. Aquele modelo de medicina em que o médico permanecia ao lado do paciente é então substituído pelas consultas rápidas e pelo suporte da tecnologia nos diagnósticos.

Neste modelo a Atenção Primária à Saúde é pouco ou nada observada, condição esta que acentua as iniquidades de saúde na população pobre, com agravos de doenças e elevação da morbidade e mortalidade no seio do povo. A Atenção Primária à Saúde, ao proporcionar diagnóstico precoce e gerar políticas de prevenção e cuidados em saúde pode salvar vidas e evitar sofrimentos. Infelizmente a prevenção de agravos de saúde é uma realidade distante num cenário de precarização da vida e de esfacelamento das políticas públicas, mas cujas causas do insucesso podem ser revertidas pela luta popular por direitos.

Nesta lógica de uma medicina estruturada para ocorrer em ambiente hospitalar é que se forma o filtro para o atendimento médico aos corpos brancos cisheteronormativos e neurotípicos, em uma dinâmica de oferta e procura que não atende corpos desviantes, seja por escassez de vagas para uma grande demanda de população periférica desassistida, que gera pressão nos atendimentos, com filas e falta de vagas em hospitais e escassez de insumos hospitalares e medicamentos; seja pela seletividade intrínseca e estrutural do próprio sistema, onde os não brancos, não cis e neurodiversos são preteridos. Em outras palavras, atende-se primeiro quem tem privilégio de cor, de corpo não deficiente e de identidade cis hétero.

O CORPO ANATÔMICO E AS CORPOREIDADES DIVERSAS QUE DENUNCIAM OS CORPOS OCULTADOS

“Que desafio o domínio dos excluídos e abjetos produz a uma hegemonia simbólica que força a rearticular radicalmente aquilo que determina quais corpos importam

[matter], quais modos de vida contam como “vida”, quais vidas vale a pena proteger e salvar, que vidas merecem ser enlutadas?”

Judith Butler – Corpos Que Importam – Os limites discursivos do “sexo”

Paul Preciado (2014) em seu manifesto contrassexual diz que a arquitetura do corpo é política. O modelo biomédico considera o corpo como máquina e trata a doença se esquecendo do sujeito. É um modelo objetificador, destituído de fraternidade na relação médico paciente. Nos cursos da saúde, a anatomia é o ramo da ciência que estuda o corpo, logo nos momentos iniciais da formação profissional. O cadáver é a “peça” que serve de instrumento ao estudante aprendiz, que aprende a coisificar o corpo frio, na mesa fria, em uma fria lógica curricular que molda o ambiente de ensino-aprendizagem. Não raro, a prática docente reforça o distanciamento “natural” entre o estudante aprendiz e seu “objeto”: o corpo indigente.

Nesse modelo, a construção profissional em alguns anos de formação termina por selar o distanciamento do futuro profissional de saúde em relação ao paciente. Essa é uma queixa do senso comum: “o médico nem olhou pra mim, só me entregou o pedido de exame”, tal qual o estudante de anatomia aprende a dissecar o corpo sem vida, como uma “peça” depositada em uma mesa de estudos. Vários autores analisaram a relação do estudante de anatomia com o cadáver, e argumentam que a postura desumanizadora do profissional de saúde, com destaque para os médicos, provém da prática pedagógica com a dissecação de cadáveres, precursora da relação médico paciente (Weeks et. al., 1995). Não se trata, *a priori*, de falta de ética com o cadáver, mas de uma suposta frieza científica necessária para a profissão, o que parece justificar o modelo para aqueles que o defendem acriticamente (Bastos, Proença; 2000).

Se o paciente se percebe no mundo como sujeito, mas não sente que foi tratado como tal em uma consulta ou procedimento médico, é preciso avaliar o que se passa. Um sujeito é um corpo que experiencia o mundo, em todas as dimensões circunstanciais da percepção sensorial. Um sujeito é mais do que um corpo físico, é uma corporeidade distinta, senciante, complexa e que age sobre o mundo. Merleau-Ponty (1908-1961), em abordagem fenomenológica sobre o corpo, nos traz a reflexão de que a percepção sensorial do mundo se dá a partir de um corpo integral, ou seja, Merleau-Ponty rompe com a lógica cartesiana de um corpo que é subordinado ao comando da mente, um corpo

objeto, que deve sua animação aos impulsos originados em um intelecto que expressa outra dimensão da existência humana, qual seja a dimensão espiritual. A fenomenologia de Merleau-Ponty se encarrega de construir uma proposta de corpo integral, um corpo que é simultaneamente sujeito e objeto (Merleau-Ponty, 2018. p. 139):

Apreendo meu corpo como um objeto-sujeito, como capaz de “ver” e de “sofrer”, mas essas representações confusas faziam parte das curiosidades psicológicas, eram mostras de um pensamento mágico do qual a psicologia e a sociologia estudam as leis e que elas fazem regressar, a título de objeto de ciência, ao sistema do mundo verdadeiro.

É a experiência sensorial do corpo que constitui o sujeito, segundo Merleau-Ponty. O sujeito que se identifica a partir do seu corpo é mais do que um corpo biológico, hierarquicamente comandado por uma mente. A condição do corpo-objeto que sente e se movimenta a partir de suas experiências sensoriais é que determina a corporeidade: a unidade entre sujeito e objeto no mundo. Este é o caminho ontológico das subjetividades, que espontaneamente se constituem desde a concepção do indivíduo como célula ovo no interior do sistema genital feminino. Quando o indivíduo se interpreta como sujeito e constitui sua identidade, já acumulou muita experiência sensorial captada do mundo, muito além das poucas possibilidades normativas socialmente construídas em um determinado tempo histórico, sob a vigilância moral dos códigos de conduta social. De forma não intencional, espontânea, a corporeidade se forma intrinsecamente e desde os primeiros momentos da vida do indivíduo, independente das normas sociais.

O conceito de corporeidade remete a uma leitura de mundo com valores inclusivos e questionadores, representativo das possibilidades de fortalecer modelos pedagógicos capazes de somar na emancipação de sujeitos em formação. Gomes-da-Silva (2014) enfatiza a importância de compreender que há permanente unidade tensional entre corpo, espírito e circunstância; uma tensão permanente que o autor explica como sendo um processo de configuração:

Sendo assim, Corporeidade é condição de possibilidade vivida de interpretação do ser na apreensão do mundo e do mundo possibilitando a existência do ser; portanto, é processo de Configuração. Forma de engendramento do ser com o mundo, modo de apreensão particular, erigido como produção de sentido. Chegamos numa definição síntese: Corporeidade é processo existencial de configurar-se com a circunstância.

As corporeidades chocam-se com as expectativas normativas, sejam raciais, de gênero, de deficiência ou de neurodiversidade. O padrão hegemônico de uma cultura

objetificadora que tem nas opressões o seu combustível para funcionar se depara com as corporeidades divergentes ou dissidentes que passam a se organizar e resistir aos mecanismos de opressão. No campo da saúde, as corporeidades divergentes vêm se organizando contra a exclusão de corpos que foram objetificados no curso da história. Esse processo de ocultar e excluir é que determina as iniquidades institucionais que dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde daquelas corporeidades constituídas de corpos desviantes, deixando pessoas negras, indígenas, transgêneras e pessoas com deficiência, todas alheias aos tratamentos médicos. Mais recentemente o acúmulo humano vem se constituindo no campo da interseccionalidade para analisar as relações de poder e as ferramentas necessárias para organizar métodos de resistência.

INTERSECCIONALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A sobreposição de relações de poder que envolvem raça, classe, gênero, deficiências, não se manifesta isoladamente, pelo contrário, é comum que tais opressões funcionem de maneira unificada, afetando todos os aspectos do convívio social, conforme tratado por Collins e Bilge (2020). As autoras dizem que em geral a interseccionalidade é usada como ferramenta analítica para o enfrentamento de opressões decorrentes de relações de poder atravessadas por classe, raça, sexo, etnia, cidadania, orientação sexual e capacidade. O racismo, o machismo, a xenofobia, a homofobia, a transfobia, o capacitismo, dentre outras barreiras discriminatórias, podem ser enfrentadas quando devidamente interpretadas.

Pessoas que sofrem opressões usam a interseccionalidade para compreenderem o processo e se organizarem em resistência, para sua defesa pessoal ou para a defesa de pessoas próximas de seu convívio. O caráter cumulativo das opressões tem poder devastador nas subjetividades e na dinâmica da sociedade. As ciências sociais, com efeito, têm avançado na compreensão da interseccionalidade de forma importante desde os primeiros anos do século XXI.

No campo da saúde não é diferente o quanto a interseccionalidade tem possibilitado o enfrentamento das iniquidades sociais que buscam atacar os princípios de universalidade, integralidade e equidade de acesso aos serviços vinculados ao nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Movimentos sociais de resistência, coletivos acadêmicos,

sindicatos e entidades da Saúde Coletiva, como a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), dentre outras, usam a interseccionalidade para produzir linhas de atuação no combate às opressões que impedem ou dificultam o acesso aos serviços de saúde para a população marginalizada.

Uma mostra da iniquidade em saúde para a população LGBTQIA+ é apresentada neste recorte do texto de Padilha et al. (2021):

Mulheres cis lésbicas e bissexuais têm maior frequência de obesidade, asma e artrite em relação às mulheres cis heterossexuais, resultando em pior qualidade de vida, especialmente entre as bissexuais. Entre homens cis gays e bissexuais, o câncer de canal anal, problemas cardiovasculares e câncer relacionado ao HIV são alguns dos problemas mais prevalentes quando comparado aos cis heterossexuais. Em pessoas trans, o uso do estradiol pode aumentar a incidência de problemas como tromboembolismo. Fatores de risco, como tabagismo, abuso de álcool e estresse são mais frequentes entre LGBTQIA+.

Calazans e colaboradores (2021) analisaram políticas de saúde LGBTQIA+ no Brasil e constataram que as informações são escassas. Os poucos dados populacionais que os autores sistematizaram foram considerados como o ponto de partida para subsidiar os profissionais de saúde para o acolhimento das pessoas e para a geração de respostas adequadas às necessidades de saúde desta população. Dados censitários e epidemiológicos são apresentados no estudo, estratificados em indivíduos gays, transexuais, travestis, pessoas intersexo, assexuais e *queer* (Calazans et al. 2021). No que se refere às necessidades de saúde, os autores dizem que:

Por conta das experiências de discriminação ou pelo medo de que elas ocorram, algumas pessoas LGBTQIA+ evitam procurar os serviços de saúde. Além disso, orientações e cuidados inadequados ou pouco adequados produzem consequências, como o receio e a demora de nova procura por cuidados de saúde por usuários LGBT. Nessa direção, mulheres cisgênero lésbicas e bissexuais estão menos propensas a relatar acompanhamento médico regular do que as mulheres cisgênero heterossexuais. Homens bissexuais também estão mais propensos a relatar menores taxas de acompanhamento médico em comparação aos homens heterossexuais; enquanto homens gays não diferiram dos homens heterossexuais em relação a esse parâmetro. Travestis e transexuais são provavelmente os grupos que mais evitam buscar serviços de saúde.

Marx (1977) diz que não podemos julgar um indivíduo pelo o que ele pensa de si mesmo e que a consciência de um tempo precisa ser analisada pelas contradições da vida material. O grau de amadurecimento da sociedade de nosso tempo vem produzindo estudos de interseccionalidade e muitos autores tem dado visibilidade ao caráter estrutural

das opressões de nosso tempo. A raiz patriarcal dessas violências históricas tem sofrido abalos e reage usando a América Latina e a África ou mesmo os guetos nos Estados Unidos da América como laboratório para gestar formas de genocídio contra minorias ou contra a população não branca. É o que Maldonado-Torres (2018) diz sobre a colonialidade do saber, ser e poder naturalizar a guerra e produzir múltiplas camadas de desumanização dentro da modernidade/colonialidade. Fanon (2008), analisa a colonialidade racista fazendo um percurso que maieuticamente produz a decolonialidade como o método para a conquista da liberdade e termina o *Pele Negra, Máscaras Brancas*, reivindicando o seu corpo: “Ô, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona”.

O VALE DA MORTE DAS VACINAS PARA DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

“Mas o negro não existe enquanto tal. Ele é constantemente produzido. Produzi-lo é gerar um vínculo social de sujeição e um corpo de extração, isto é, um corpo inteiramente exposto à vontade de um senhor e do qual nos esforçamos para obter o máximo de rendimento.”

Achille Mbembe – Crítica da Razão Negra

Existem doenças exclusivas de pobres. São exclusivas porque se eventualmente afetarem pessoas da classe média alta ou os ricos, serão rapidamente tratadas na lógica do atendimento hospitalocêntrico, sem maiores consequências à saúde da pessoa enferma. Por outro lado, são doenças que provocam alta morbidade e mortalidade entre pobres e população que vive em vulnerabilidade social. O Estado protela o tratamento ou a cura para estas enfermidades e por isso as mesmas recebem a denominação de doenças negligenciadas. E são negligenciadas convergentemente aos interesses que são próprios das megacorporações da indústria farmacêutica, que visam a atividade produtiva para novos fármacos, vacinas ou imunobiológicos somente se forem sinônimo de altos lucros.

Junto às doenças negligenciadas, também são agravos importantes de saúde as chamadas doenças reemergentes, que são aquelas doenças quase erradicadas no passado, mas que ressurgem com força na população pobre, como resultado da interação entre desequilíbrios nos ecossistemas, falta de saneamento básico, miséria e fome. Dentre estas

consideram-se várias doenças típicas da América Latina e África, como dengue, zika, chikungunha, dentre outras arboviroses; a hanseníase, a tuberculose, a febre amarela, a malária, o Ebola e a leishmaniose, somente para citar algumas. Estas são exemplos típicos de doenças negligenciadas e (re)emergentes, que poderiam ter sido banidas do planeta, mas que infelizmente provocam adoecimento e morte de milhares de pessoas por ano nas zonas pobres do mundo, em especial entre negros, indígenas e pessoas marginalizadas. O cenário da saúde pública no Brasil é de muita gravidade, segundo Homma et al. (2020):

As alterações nas condições socioambientais, tais como mudança climática, pobreza, desmatamento, intensificação de viagens e aumento da mobilidade da população, com saneamento e coleta de lixo precários e outros fatores, contribuíram para a rápida proliferação de mosquitos transmissores de doenças emergentes e negligenciadas, agravando assim o complexo cenário epidemiológico no país. Esse cenário aumentou drasticamente a necessidade de novas vacinas e estratégias terapêuticas, a saber, diversas arboviroses, tais como Mayaro, Oropouche, vírus do Nilo Ocidental e outras, que criam desafios para a definição de prioridades nas pesquisas.

Ainda no que se refere à epidemiologia das doenças negligenciadas e reemergentes, Homma et al. (2020) apresentam dados preocupantes, todos evitáveis no que se refere à tecnologia já existente para a produção de vacinas e imunobiológicos, conforme Homma et al.:

Os cenários epidemiológicos globais das doenças emergentes e negligenciadas, agravados pelas condições socioambientais complexas e à idade e mobilidade da população, constituem uma grande preocupação para as autoridades e os governos internacionais. Algumas dessas questões incluem: o risco de uma pandemia de influenza e o ressurgimento do Ebola; o aumento de infecções por HIV, que atualmente ultrapassa os 36,9 milhões em todo o mundo; o crescimento global de novos tipos de câncer relacionados com o HPV, atualmente com 670.000 casos por ano; a emergência e o aumento da Zika, com mais de 86 países reportando 230.000 casos cumulativos confirmados de infecção entre 2015-2018; herpes simples (HSV); tuberculose: 10 milhões infectados globalmente e 1,5 milhão de mortes a cada ano apesar do progresso feito para eliminar a doença.

E é nesta perspectiva, de uma catástrofe humanitária de grandes proporções no campo da saúde pública, que se cunhou o termo “vale da morte” das vacinas, conforme Homma et al. (2010):

Atualmente existem 240 vacinas candidatas em desenvolvimento para doenças emergentes que afetam principalmente os países mais pobres, tais como malária, dengue, HIV, tuberculose e pneumonia, e apenas duas delas conseguiram atingir seus objetivos e são amplamente usadas nesses países: uma vacina conjugada para a meningite do sorogrupo A e uma vacina contra o vírus da encefalite japonesa. Infelizmente, muitos desses produtos promissores poderiam cair no chamado “vale da morte”, deixando de passar da prova de

conceito para os testes de segunda fase devido à falta de interesse do mercado em vacinas contra essas doenças emergentes e negligenciadas que afetam somente as populações dos países pobres e em desenvolvimento. Essas vacinas não têm um mercado privado e, portanto, não têm retorno econômico. Conseqüentemente, pode levar muitas décadas para que essas vacinas concluam a fase 3 dos estudos clínicos, sejam registradas e incorporadas aos programas nacionais de imunizações nos países mais pobres.

O que se constata é que se não há retorno econômico, a linha de produção de vacinas não acontece. Neste caso, não acontece pelas razões óbvias da coisificação da vida no modo de produção capitalista, aliado ao nefasto neoliberalismo que vem esgotando a classe trabalhadora e a população pobre no mundo periférico. Mecanismos de alienação geram versões bizarras de coaching e ilusões de empreendedorismo surgem para colocar poeira nos olhos da população marginalizada, que vem sofrendo com a retirada de direitos, desemprego em massa, superexploração no trabalho, privatizações de serviços públicos e aniquilamento do meio ambiente, com alterações climáticas de grande intensidade. O mundo atual vem sendo marcado por pandemias, como a da COVID-19, a gripe H1N1, o aparecimento de superbactérias e superfungos e uma sucessão de doenças que acometerão, sempre de forma mais cruel, quem menos tem acesso aos serviços de saúde: os pacientes com padrões diferentes da normatividade cisheterobranca.

Especificamente na saúde coletiva, quantas mortes de câncer de colo de útero entre mulheres negras acontecerão, se a expectativa é de décadas para que as vacinas possíveis hoje, sejam efetivamente produzidas? Quando se fala em HPV, é principalmente a mulher preta (ou parda segundo dados do IBGE), que hoje ainda não nasceu ou ainda é criança, que ficará doente e não terá acesso ao tratamento cirúrgico e quimioterápico para o câncer de colo de útero. Em estudo epidemiológico sobre câncer de colo de útero (Thuler et al. 2012) mostraram que de 77.317 casos analisados entre 2000 e 2009, cerca de 53% foram de mulheres pardas e pretas, contra 34% de pacientes brancas. No entanto, a variável raça não foi devidamente identificada no estudo em questão, pois em 36% dos casos a informação era inexistente nos prontuários das pacientes. Para as mulheres negras, tem-se um cruel destino traçado para as próximas gerações em se tratando de uma doença já evitável no momento presente! Esta situação se soma à pobreza menstrual, às mortes por complicações de aborto clandestino, ao câncer de mama, dentre muitos agravos de saúde para a mulher preta. Definitivamente algo a ser duramente denunciado e considerado como pauta permanente na organização da luta por direitos e junto aos movimentos sociais.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: O MODELO BIOMÉDICO DO CORPO E O CAPACITISMO

Ao tratar a questão da subjetividade e verdade, Foucault (1997) relaciona que a objetividade científica separa os loucos dos não loucos, os doentes dos não doentes e os delinquentes dos não delinquentes. Esta separação de corpos segue esquemas de organização ao que Foucault considera ser o fio condutor das “técnicas de si”, um arcabouço para compreender os procedimentos e pressupostos prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la para atender determinados fins.

Ao discorrer sobre a “história da loucura na idade clássica”, Foucault (1978) traça um panorama da lepra na idade média na Europa, com os leprosários instituídos para isolamento dos doentes, ao mesmo tempo em que era facultado ao são expulsar de sua casa um ente familiar leproso; ou era natural um padre arrastar pra fora da igreja o fiel doente. A estrutura social da exclusão se estabelece com as graças da Igreja durante o medievo. Ao leproso cabia a benção da doença e da pena de expulsão da sociedade para redimir os seus pecados. Aos patriarcas e clérigos, foram todos feitos de correias de transmissão da máquina de exclusão gestada para a modernidade. Ao entrar a época moderna e a lepra ser praticamente extinta da Europa, permaneceram as práticas de exclusão, segundo Foucault. Séculos depois do fim da lepra o instituto da segregação continua funcionando de forma eficaz: “pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento”, segundo Foucault (1978).

Em elucidativo artigo que apresenta um itinerário acerca do conceito de biopoder no campo das pessoas com deficiência, Martins (2015) identifica um “modelo biomédico do corpo” como herança da modernidade. As estratégias somatizantes da modernidade inauguram com suas práticas normalizadoras uma sociedade somática, centrada na hegemonia da normalidade. O autor destaca em suas conclusões o papel emancipador das pessoas com deficiência para romper com o modelo hegemônico:

Se é verdade os corpos e as suas diferenças jamais escapam às relações sociais que lhes dão significado, as linguagens da emancipação precisam urgentemente do contributo das pessoas que, ao serem marcadas pelo estigma da deficiência, estiveram longamente apartadas de uma presença condigna no espaço público. Nas vidas e nas “vozes” das pessoas com deficiência vivificam metáforas que se opõem às “velhas naturezas” da modernidade ocidental, essas metáforas configuram, cada vez mais, uma ecologia de “corpos não dóceis”, os corpos materializados na árdua resistência aos guiões da normalidade.

Em artigo escrito para relatar os percalços para aprovação de projeto de pesquisa com humanos em um Comitê de Ética em Pesquisa, Mello (2016) utiliza a teoria *crip* como ferramenta para tratar as categorias “deficiência”, “vulnerabilidade” e “incapacidade” no escopo do modelo biomédico. Mello (2016) argumenta que:

Enquanto o principal axioma da teoria queer postula que a sociedade contemporânea é regida pela heteronormatividade, na teoria *crip* sua máxima se sustenta pelo postulado da corponormatividade de nossa estrutura social pouco sensível à diversidade corporal. A tradução do termo *crip* para a categoria de aleijado em português é uma forma de dar o mesmo sentido da palavra em inglês, revelando a zona de abjeção reservada às pessoas com deficiência no Brasil. Do mesmo modo como ocorre com o termo *queer* para se referir hegemonicamente àqueles que rompem com as normas de gênero e sexualidade, a terminologia *crip*, tal como o seu equivalente em português, tem uma conotação assumidamente agressiva, pejorativa e subversiva, a fim de marcar o compromisso *crip* em desenvolver uma analítica da normalização do corpo contra todos aqueles que fogem dos padrões corporais/funcionais e cognitivos, inspirando-se, igualmente, nos trabalhos de Michel Foucault, Jacques Derrida, Judith Butler e tantos outros desconstrucionistas para desenvolver sua crítica aos sistemas de opressão marcados pelo patriarcado, pela heterossexualidade compulsória e pela corponormatividade compulsória.

Escrever sobre corpos desviantes é transitar em opressões comuns, em sistemas depurados para excluir, ocultar e matar. O acesso à saúde é um direito universal, mas existe grande distância entre o pleno atendimento de um direito e sua naturalizada negação para naturezas humanas decretadas como divergentes do modelo dominante. O tema deste artigo buscou usar o corpo anatômico como eixo para pinçar algumas iniquidades interseccionais que marcam as discriminações no acesso à saúde, sem a pretensão de qualquer aprofundamento epistemológico, dada a natureza instrumental da proposta do texto e pelas limitações óbvias do autor no domínio epistemológico dos temas tratados. Quem escreve estas linhas é anatomista, treinado para lidar com o corpo cartesiano da ciência moderna. Este modelo de ensino cartesiano prepara o educando a não enxergar o incongruente. É preciso decolonizar a formação em ciências da saúde, somando esforços na decolonização das sociedades subalternizadas pelo colonialismo patriarcal branco.

O tópico a seguir finaliza o artigo, apresentando um tema consolidado dentro da institucionalidade, porém ainda relegado ao plano de subcategoria no setor da saúde. A medicina de família e comunidade (MFC) pode contribuir no enfrentamento das contradições próprias dos serviços de saúde e promover a integração entre trabalhadores da saúde e população marginalizada e ocultada na lógica da sociedade capitalista.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES

O setor Saúde foi marcado pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, na década de 1970. Neste período também acontece a Conferência de Alma-Ata (1978), que inaugura o consenso mundial pelos esforços para oferecer, a todos os povos, serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) como política de prevenção de agravos e de promoção da saúde.

Para Trindade e Batista (2016), o Brasil teve mais dificuldades que Cuba, Canadá, Espanha e Portugal em promover a APS pela falta de profissionais nessa modalidade:

O desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil inicia-se de forma pioneira ainda nos anos 1970 (pré-SUS), com programas de residência em MFC no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco. Naquele período, gestores e até mesmo o meio acadêmico, pouco apoiaram essas iniciativas, o que posteriormente dificultou a implantação, a partir de 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) de forma robusta, devido à carência de profissionais com essa formação. Convivemos nas últimas décadas com baixa sintonia entre as instituições formadoras e o SUS, no que tange à necessidade-oferta de profissionais para APS.

Todo sistema é atravessado por relações políticas e sociais. A MFC não está livre de suas contradições, porém não se trata de encontrar viés de desqualificação dessa especialidade profissional, mas de reorientar nos moldes da inclusão e da democratização a sua oferta para milhões de pessoas desassistidas de serviços de saúde. É preciso avaliar que os próprios planos de saúde defendem a MFC, conforme Andrade et al (2018) relatam sobre os médicos de família:

Nos dias de hoje, estão no cotidiano de diversos serviços primários e públicos de saúde, atendendo populações historicamente marginalizadas. Tem atuado também no setor suplementar de saúde, sendo publicamente defendidos por grandes planos de saúde como um modelo de formação e atenção mais racional, qualificado e custo-efetivo.

Diante da realidade brasileira, com um modelo biomédico centrado no atendimento hospitalar, com uma estrutura incompleta e deficiente de recursos humanos para a APS, vê-se a possibilidade alternativa de lutar para transformar o cenário da saúde pública com investimento importante em políticas de cotas para negros, indígenas, população LGBTQIA+ e pessoas com deficiência, seja no ingresso aos cursos da área de saúde, seja na educação continuada desses profissionais logo após a colação de grau, com cotas de vagas e incentivos para residência multiprofissional em saúde na área de MFC.

Pautar a luta por direitos no acesso a saúde para sujeitos representantes de minorias ou de corporeidades desviantes é reconhecer a pauta econômica da austeridade como barreira a ser derrubada nas mobilizações de rua, sobretudo no mundo periférico da América Latina e África e nos guetos dos países que sempre serviram ao colonialismo branco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O materialismo histórico dialético explicita razões objetivas e subjetivas na constituição dos códigos sociais e na reprodução das opressões contra a classe trabalhadora, com destaque para a população não branca e de corpos desviantes. Trata-se de reconhecer que estas opressões criam profundas assimetrias e obstaculizam o acesso aos serviços de saúde, o que deve estar na pauta por direitos dos movimentos sociais do campo e das cidades. Esta realidade é consonante às formas de reprodução do capital no setor da saúde, seja na organização do ensino nos diferentes cursos da saúde nas universidades, tratando a educação como mercadoria, seja na produção de fármacos pelas megacorporações da indústria farmacêutica, buscando atender unicamente o lucro em detrimento da vida. Romper com essa lógica só é possível mediante organização da luta anticapitalista, com a democratização do espaço público para os corpos e corporeidades desviantes. É urgente romper com a hegemonia da normalidade branca cisheteronormativa para efetivamente serem conquistados os valores de equidade, universalidade e integralidade nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, H. S.; ALVES, M. G. M.; CARVALHO, S. R.; JÚNIOR, A. G. S. (2018) *A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280311

BASTOS, L. A. M.; PROENÇA, M. A. (2000). *A prática anatômica e a formação médica*. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 7(6)

BONET, O. (2014). *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no brasil e na argentina*. 1 ed. Rio de janeiro: 7 letras.

BUSS, P. M. FILHO, A. P. (2007) *A saúde e seus determinantes sociais*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93

BUTLER, J. (2019). *Corpos que importam. Os limites discursivos do “sexo”*. 1ª Ed. São Paulo.

CALAZANS, G.; KALICHMAN, A.; SANTOS, M. R.; PINHEIRO, T. F. (2021). Necessidades de saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: _____ *Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar*. Ed. Manole. Santana de Parnaíba (SP).

COLLINS, P. H.; BILGE, S. (2020). *Interseccionalidade*. 1 ed. São Paulo. Boitempo.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. (2015). *Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira*. Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1869-1878

FANON, F. (2008) *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Edufba. Salvador.

FOUCAULT, M. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Jorge Zahar Editor Ltda. Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. (1978). *A história da loucura na idade clássica*. Editora Perspectiva S.A. São Paulo.

GOMES-DA-SILVA, P. N. (2014). *Pedagogia da corporeidade: o decifrar e o subjetivar na educação*. Revista Tempos E Espaços Em Educação, 15-30. <https://doi.org/10.20952/revtee.v0i0.3255>

HOMMA, A.; FREIRE, M. S.; POSSAS, C. (2020). *Vacinas para doenças negligenciadas e emergentes no Brasil até 2030: o “vale da morte” e oportunidades para PD&I na Vacinologia 4.0*. Cad. Saúde Pública 36 (Suppl 2).

MARTINS, B. S. (2015). *A reinvenção da deficiência: novas metáforas na natureza dos corpos*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, p. 264-271, set.-dez. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1653>

MARX, K (1977). Prefácio à contribuição da crítica da economia política. In: MARX. K. ENGELS, F. *Textos Volume III*. Edições Sociais. São Paulo.

MALDONADO-TORRES, (2018). Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSFUGUEL, R. *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. Autêntica Editora. Belo Horizonte.

MBEMBE, A. (2018). *Necropolítica. Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. n-1 Edições. São Paulo.

MBEMBE, A. (2018). *Crítica da razão negra*. N-1 Edições. São Paulo.

MELLO, A. G. (2016). *Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10):3265-3276 DOI: 10.1590/1413-812320152110.07792016

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. (2008). *O relatório Flexner: para o bem e para o mal*. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 32 (4). P. 492-499.

PRECIADO, B. (2014). *Manifesto contrassexual. Práticas subversivas de identidade sexual*. N-1 Edições. São Paulo.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. (2012). *Humanização e humanidades em medicina*. 1 ed. Editora Unesp. São Paulo.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L.; (2012). *Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária*. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58(3): 351-357

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. G. (2016). *Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!* *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9):2667-2669. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18862016

WEEKS, S. E., HARRIS, E. E.; KINZEY, W.G. (1995). *Human gross anatomy. A crucial time to encourage respect and compassion in students*. *Clinical Anatomy* 8:69-79.