



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**POR UM OLHAR DECOLONIAL À SAÚDE  
O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA  
COLONIALIDADE**

**ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA**

Foz do Iguaçu  
2023

**POR UM OLHAR DECOLONIAL À SAÚDE  
O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA  
COLONIALIDADE**

**ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lorena Rodrigues Tavares de Freitas

Foz do Iguaçu  
2023

ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA

**POR UM OLHAR DECOLONIAL À SAÚDE**  
O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA  
COLONIALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorena Rodrigues Tavares de Freitas  
UNILA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Barenco Corrêa de Melo  
Infes/UFF

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Marcos de Jesus Oliveira  
UNILA

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Anaxsuell Fernando da Silva  
UNILA

Foz do Iguaçu, 18 de outubro de 2023.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Ana Augusta Penteado de Oliveira

Curso: Saúde Coletiva

Tipo de Documento	
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input checked="" type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/>

Título do trabalho acadêmico: POR UM OLHAR DECOLONIAL À SAÚDE: O MODELO BIOMÉDICO ENQUANTO DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA COLONIALIDADE

Nome do orientador(a): Lorena Rodrigues Tavares de Freitas

Data da Defesa: 18/10/2023

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 18 de outubro de 2023.

---

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todas(os) aquelas(es) que têm a utopia como horizonte e que, apesar das dores, persistem em seguir caminhando em sua direção, inspirando e trabalhando na invenção de outros mundos, outras formas de ser, de estar, de caminhar na Terra. Em especial, dedico a Ronaldo, nosso companheiro de turma que partiu dessa dimensão, sonhando e lutando por uma Saúde Coletiva.

## AGRADECIMENTOS

“Diz a mãe: a vida faz-se como uma corda. É preciso trançá-la até não distinguirmos os fios dos dedos”.

(Mulheres de Cinza, Mia Couto)

É impossível mencionar aqui todos os dedos ou cada um dos fios que me ajudaram a tecer o sonho de estudar numa universidade pública, que me ajudaram a tecer a vida. Não quero aqui romantizar o espaço acadêmico, tenho muitas críticas a ele e também existem vários caminhos outros. Por mais que nosso sistema de ensino seja uma fábrica de corpos disciplinados, sempre existem rachaduras por onde a luz entra. No meu caminhar, a sala de aula foi o lugar onde encontrei espaço para fabular, sonhar com outros mundos, outras formas de viver. Sou extremamente grata a isso.

Agradeço à minha avó Ana Maria, que viveu poucos anos comigo, mas o suficiente para alimentar minha vontade de estudar. Agradeço à minha mãe Karina, ao meu irmão Diego, ao meu tio Eduardo e ao meu padrasto Diego, por todo apoio em tantos aspectos, pelo amor, carinho e paciência, vocês são minhas raízes.

Agradeço à Andrea Capelli, que a partir de sua dança, me iniciou num processo sem fim de um descolonizar de dentro para fora, que me ensinou a buscar e enxergar as rachaduras nas estruturas internas e externas. Ao Cursinho Alternativo, que me despertou uma sensibilidade imensa enquanto ser humano, ao me permitir vivenciar várias expressões artísticas, o que me salvou a vida. Agradeço pela bolsa que me permitiu seguir lá por 3 anos. Essa passagem nesse lugar que me apresentou a tantas cores, faz parte de minha identidade de tal forma, que não sei quem seria sem ela. Sou grata a todas e todos com quem pude conviver ali.

Ao grupo acadêmico de estudos e pesquisas Filosofias, Lógicas e Reescritas Acadêmico-Afetivas(FLORA/UFF), por me receberem, pelas discussões instigantes, pelos tantos exercícios reflexivos e de escrita, pelas leituras coletivas, pelo carinho, por me impulsionarem na busca por outras formas e caminhos dentro da academia, por sua escuta generosa, por me darem ferramentas para não ser capturada, ao menos não sempre, por nossa sociedade do desempenho. À Maristela, orientadora do grupo, que me ensinou que “a doença começa nos processos de captura da nossa subjetividade” e que quando não nos produzimos somos produzidos, o que mostra a grande necessidade de trabalharmos no nível da micropolítica, dos processos de

subjetivação.

Também agradeço à Anakelli, que me acolheu quando cheguei à cidade, e foi fundamental para o meu processo de adaptação à rotina acadêmica, pela amizade, pelo apoio, amor e carinho, pela convivência que me deu forças para seguir nos momentos em que queria desistir. Agradeço também à Zavel por seu coração generoso, por sua delicadeza, por toda ajuda que me deu durante o curso, principalmente nos momentos mais difíceis. Ao Gustavo, pela amizade, pelo apoio imenso quando retornei a cidade após o período de isolamento, pelas várias prosas, cafés e discussões sobre o movimento da saúde coletiva. À Blanca, à Karen, à Jesus, à Ronaldo, por sua amizade, por me ajudarem em tantos momentos que precisei. À todas outras pessoas que fizeram parte de minha trajetória acadêmica, por todas as trocas que esticaram meu horizonte. Sem vocês eu não teria forças de seguir essa trajetória.

Agradeço à Félix, meu companheiro de vida, por todo amor, carinho, por segurar minha mão nos momentos de crise, por seu olhar sensível e inspirador, por partilhar a poesia cotidiana comigo, por me ajudar, incentivar e me dar força para finalizar esse processo.

Sou grata às professoras e professores do curso, do ciclo comum, e de outras áreas, que fizeram parte de minha formação acadêmica, em especial à Érika, à Marcos de Jesus, à Lorena, à Anaxsuell e à Camila pelas aulas inspiradoras que me ajudaram a aguçar o olhar crítico e questionador. E ainda à Lorena por me orientar de forma tão generosa, compreensiva e resolutiva, por me incentivar durante momentos muito difíceis do meu processo de tecitura deste trabalho.

Sou imensamente grata e apaixonada pela UNILA, pelos tantos encontros que ela possibilita, por, mesmo sendo uma universidade federal, receber e promover tanta diversidade cultural.

Precisamos equilibrar o sopro de amor que sai da nossa boca quando falamos (nossas ideias, inquietações, sonhos), com a direção e o compasso do nosso pé, dessa nossa caminhada na Terra. Porque não adianta minha boca ir pra lá e meu pé vir pra cá. Esse equilíbrio entre o que a gente fala e para onde a gente anda é o que precisa nortear essa nossa coragem e compromisso ético com a gente mesmo, com os nossos filhos e com todos os outros seres.

**(Cristine Takuá)**

## RESUMO

Esta monografia busca enunciar a intrínseca relação entre a colonialidade e a construção do modelo biomédico enquanto hegemônico, o qual servindo de estrutura epistemológica basilar da práxis em saúde, promove o epistemicídio dos saberes que não se adequam a sua lógica cientificista. Através de uma abordagem qualitativa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório, partindo, principalmente, do marco teórico decolonial e de alguns conceitos do pensamento foucaultiano, para mostrar como se estruturou e se estrutura essa relação. A partir das lentes dessas teorias, é possível enxergar que o surgimento do modelo biomédico foi possibilitado pela entrada do poder disciplinar no espaço do hospital, que sua hegemonia se fundamenta na superioridade do saber científico em detrimento de outros sistemas de conhecimento, e que ele se desenvolveu a partir daí, como um dos inúmeros dispositivos da colonialidade, e portanto é a episteme que está institucionalizada, que exerce seu poder na perpetuação dos elementos que são as estruturas estruturantes da colonialidade, como das dicotomias relacionais superior/inferior, brancos/não brancos, homem/mulher, moderno/arcaico, etc, assim realizando atualizações permanentes de refinamento desse dispositivo(modelo biomédico) para manter determinadas vozes e corpos subalternizados e invisibilizados. A modo de tornar tangível a indissociabilidade entre colonialidade e modelo biomédico, com as lentes mencionadas foram analisados alguns trechos do Relatório Flexner, os quais nos permitem compreendê-lo como um marco histórico e representativo da hegemonia biomédica.

**Palavras-chave:** modelo biomédico; colonialidade; decolonialidade; epistemologia; saúde coletiva.

## RESUMEN

Esta monografía busca enunciar la intrínseca relación entre la colonialidad y la construcción del modelo biomédico como hegemónico, el cual, sirviendo de estructura epistemológica basilar de la praxis en salud, promueve el epistemicidio de los saberes que no se adecuan a su lógica científicista. A través de un abordaje cualitativo, fue realizada una investigación bibliográfica, de carácter exploratorio, partiendo del marco teórico decolonial y de algunos conceptos del pensamiento de Foucault, para mostrar cómo se estructuró y se estructura esa relación. A partir de las lentes de esas teorías, es posible comprender que el surgimiento del modelo biomédico fue posibilitado por la entrada del poder disciplinar en el espacio del hospital, que su hegemonía se fundamenta en la superioridad del saber científico en detrimento de otros sistemas de conocimiento, y que este se desarrolló a partir de entonces, como uno de los inúmeros dispositivos de la colonialidad, y por lo tanto es la episteme que está institucionalizada, que ejerce su poder en la perpetuación de los elementos que son las estructuras estructurantes de la colonialidad, como las dicotomías relacionales superior/inferior, blancos/no blancos, hombre/mujer, moderno/arcaico, etc, de esa forma, realizando actualizaciones permanentes de refinamiento de ese dispositivo (el modelo biomédico) para mantener determinadas voces y cuerpos subalternizados e invisibilizados. A modo de volver tangible la indisociabilidad entre colonialidad y modelo biomédico, con las lentes mencionadas fueron analizados algunos trechos del Informe Flexner, los cuales nos permiten comprenderlo como un marco histórico y representativo de la hegemonía biomédica.

**Palabras clave:** modelo biomédico; colonialidad; decolonialidad; epistemología; salud colectiva.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FLORA	Filosofias, Lógicas e Reescritas Acadêmico-Afetivas
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
MB	Modelo Biomédico
MS	Ministério da Saúde
RADIS	Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde
SC	Saúde Coletiva
TIY	Terra Indígena Yanomami
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

## SUMÁRIO

<b><u>1 INTRODUÇÃO</u></b> .....	12
<b><u>2 UMA BREVE INTRODUÇÃO AO PARADIGMA DECOLONIAL</u></b> .....	18
2.1 O GRUPO DECOLONIAL: CONTEXTO HISTÓRICO .....	19
2.2 ALGUNS CONCEITOS DO PARADIGMA DECOLONIAL CENTRAIS A ESTA MONOGRAFIA .....	22
2.2.1 Sistema Moderno/Colonial de Gênero .....	22
2.2.2 Colonialidade do poder e do saber .....	24
2.2.3 A hybris do ponto zero .....	25
2.2.4 Negação da simultaneidade, tempo panóptico e espaço anacrônico .....	27
<b><u>3 A CONSTITUIÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO: UM PROCESSO COLONIAL</u></b> .....	31
3.1 ALGUNS CONCEITOS FOUCAULTIANO RELEVANTES A ANÁLISE DO MODELO BIOMÉDICO .....	31
3.1.1 Dispositivo .....	31
3.1.2 Poder disciplinar .....	32
3.1.3 Biopolítica .....	33
3.2 O MODELO BIOMÉDICO: UM DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA COLONIALIDADE	35
3.2.1 A entrada do poder disciplinar no hospital .....	35
3.2.2 A domesticação da diferença e a boa distância .....	37
3.3 RELATÓRIO FLEXNER: UM MARCO HISTÓRICO E REPRESENTATIVO DA EPISTEME E HEGEMONIA BIOMÉDICA .....	39
<b><u>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	48
<b><u>REFERÊNCIAS</u></b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Gostaria de iniciar essa conversa dizendo que minha voz não é só minha, nela habitam múltiplas vozes. Que o olhar decolonial com o qual tentarei tecer essa monografia e com o qual tento trançar a minha vida é resultado das experiências e convivências em espaços como o Cursinho Alternativo, o Grupo Terra de Dança Contemporânea, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) como um todo e o curso de graduação em Saúde Coletiva em específico, o Grupo de Estudo e Pesquisa de Filosofias, Lógicas e Reescritas Acadêmico-Afetivas (FLORA), o Proyecto MILPA - Músicas y Danzas de América Latina, as leituras vivas da revista RADIS, dentre tantos outros. As vozes que encontrei e encontro nesses espaços foram e são essenciais à minha formação enquanto ser humano, pesquisadora, profissional, sanitária. Elas me afetam e então me movem a olhar e desvelar os processos de produção de ausências/invisibilidades e de determinados corpos como não-sujeitos, silenciados. Elas me iniciaram em meu processo de descolonização interna antes mesmo que eu pudesse ter acessado esse termo na universidade. Então, ainda que não sejam citadas diretamente, por não caberem neste formato acadêmico, tais vozes estarão difusas em toda a tecitura deste trabalho.

Assim afetada, busco, neste TCC como durante toda a graduação, por lentes outras que me permitam enxergar quais temas estão escondidos nas sombras daqueles aos quais a ciência prefere jogar luz. Nas palavras de Maristela Barenco,

[...]nossa tarefa, na busca de um tema/problema/questão, em qualquer área do conhecimento, deveria levar em consideração aspectos que continuam a ser produzidos como ausências, temas sem voz, sem vez, sem olhar e percepção, sem direito e legitimidade à expressão. Um TCC e um trabalho monográfico e dissertativo são uma rica oportunidade de trazer um tema/questão, que foi “produzida” como ausência para o lugar da presença (MELLO, p. 3)<sup>1</sup>.

Tarefa essa que vem sendo realizada arduamente na área da saúde, através de muita luta na construção do Campo da Saúde Coletiva. Esse novo campo, que promoveu a Reforma Sanitária Brasileira, não se caracteriza necessariamente por um conjunto de novas técnicas, mas sim por uma nova forma de olhar toda práxis em saúde, por um rompimento com as forças hegemônicas através da tecitura de uma crítica às bases epistemológicas que compõem a produção das ciências e das práticas em saúde.

---

<sup>1</sup> Artigo não publicado, compartilhado no Grupo de Estudos e Pesquisa FLORA.

O principal papel deste campo, que o distingue de outros na área, é pensar criticamente, problematizar e transformar a sociedade/cultura que produz modos de vida adoecedores, é fazer uso de lentes outras (trazidas das ciências sociais) para análise das questões de saúde, comumente analisadas com instrumentos e lentes das ciências da vida hegemônicas (biologia, medicina, psicologia), assim “[...]rejeitando a ideia do equilíbrio universal, do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo[...].” (ESCOREL, 1999, p. 111).

Localizando-se dentro desse novo enfoque histórico-estrutural que vem sendo construído pelo campo da SC desde que nasceu seu movimento na década de 1970, o escopo desta monografia é fazer uma pequena contribuição com reflexões críticas às bases epistemológicas do pensar e fazer saúde usando as lentes decoloniais para tecer a relação entre a colonialidade e o modelo biomédico - que em sua constituição já se fez hegemônico, está presente de forma mais ou menos acentuada em todas as práticas em saúde, sendo sua estrutura estruturante e estruturada, seu habitus (BOURDIEU, 2012, p. 11), ou seja, ao mesmo tempo que as estrutura é estruturado por elas, por meio de normatizações que se atualizam o tempo todo para manter a hegemonia deste modelo. É preciso, em primeira instância, problematizar o como se pensa, como se constroem determinados pensamentos, a epistemologia, as ideias naturalizadas, pois estas constituem nossas práticas diárias, são as lentes biomédicas usadas dia após dia no fazer da saúde -ou melhor, da doença-, que só permitem enxergar um reduzido espectro da realidade.

Neste trabalho pretendo investigar a constituição do modelo biomédico enquanto hegemônico, que se faz total, universal, o ponto de partida para se pensar quaisquer questões de saúde, e como se produzem ausências/invisibilidades a partir deste processo. Porém, isso não significa dizer que com o fazer biomédico não se tenha produzido, ou se produza, transformações importantes e necessárias. O problema em questão não é o uso das ciências biomédicas em si, mas em como a forma com a qual se constitui essa episteme do modelo biomédico produz necessariamente como consequência, o epistemicídio de diversas outras epistemes e formas de se fazer/pensar saúde. Não advogo aqui pelo extermínio das lentes biomédicas, mas que reconheçamos seus limites para explicar e enunciar tão diversas e complexas realidades, que reconheçamos seu poder biopolítico colonial que apaga outras formas de enunciar a vida. O objeto da crítica, é a sua hegemonia que lhe permite se impor à outras formas de enxergar os processos de saúde/adoecimento/cuidado e deliberar sobre questões de

interesse público, sua falta de capacidade de enxergar as próprias limitações por se crer neutra, superior e acima de todos os outros sistemas de conhecimento, detentor uno da verdade. Busco outras lentes, as decoloniais, para conseguir enxergar de fora o fazer/pensar biomédico que está tão naturalizado e enraizado no dia a dia dos serviços e das formações em saúde, para desmistificar sua totalidade, sua universalidade. Para conseguirmos tecer uma saúde de fato coletiva é imprescindível que pensemos a saúde fora da “caixinha da saúde”.

[...] a teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática. Mas local e regional, não totalizadora. Luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais invisível e mais insidioso. [...] A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica. É o poder que por natureza opera totalizações, a teoria por natureza é contra o poder (FOUCAULT; DELEUZE, 2021, p. 132).

Em outras palavras, o caráter totalizante do modelo biomédico, não advém do fato de que o discurso cientificista, no qual se baseia, seja universal, pois apesar de se pretender como tal, como veremos adiante, ele, como qualquer saber sobre o mundo, dá conta de apenas fragmentos da realidade. O que permite que o modelo biomédico seja totalizador, que silencie e invisibilize outras formas de apreender, outras narrativas que explicam a vida, é o poder em suas mãos. De forma alguma, não proponho nesta monografia o extermínio da perspectiva biomédica, se assim fosse, eu estaria adotando a mesma lógica que aqui critico, além de ignorar todos os benefícios que as ferramentas deste modelo trouxeram para os cuidados em saúde<sup>2</sup>. Ao explicitar o lado oculto do modelo biomédico, a intenção é de contribuir para torná-lo mais poroso a outras epistemes.

A colonialidade(essa face oculta) possui inúmeros dispositivos/mecanismos(no sentido foucaultiano do termo), pelos quais opera, que são alimentados diariamente, refinados, superados por outros novos a todo momento em que a adequação se faça necessária, a fim de se manter a hierarquia nas relações, as

---

<sup>2</sup> Inclusive, é importante reconhecer que muitas populações precarizadas encontram-se alijadas desses cuidados e isso agrava ainda mais essa situação de vulnerabilidade. Como por exemplo, o recente caso do povo Yanomami que passa por uma crise de desassistência, declarada como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) pelo Ministério de Saúde(MS) em 20 de janeiro deste ano. Decisão tomada após ser denunciado que na Terra Indígena Yanomami (TIY) 570 crianças de até cinco anos haviam morrido de causas evitáveis, entre 2019 e 2022(RADIS, 2023).

categorias de inferior e superior, as dicotomias próprias da ciência positivista. E o modelo biomédico (doravante MB) é apenas um dentre esses infintos dispositivos que a colonialidade criou. Essa é a contribuição que trago neste trabalho, a compreensão do MB como um dos dispositivos biopolíticos da colonialidade, tecendo uma perspectiva que permita fazer uma relação direta. Por mais que existam várias pesquisas com um olhar crítico à hegemonia do MB, há uma lacuna no que diz respeito à elucidação dessa relação intrínseca entre a colonialidade e tal modelo. Porém, não tenho pretensões de esgotar o tema numa monografia, mas sim de abrir uma janela para que mais pessoas possam ver e aprofundar essa investigação.

A pergunta que me ajudará a fiar os fios deste trabalho é como se deu o processo de constituição da hegemonia do modelo biomédico. Sendo um dos dispositivos da colonialidade, ele trama o processo de subalternização de determinadas populações, que, construídas como não sujeitos/inferiores, têm suas vozes invisibilizadas.

Precisarei antes apresentar o conceito de colonialidade e como ele é intrínseco ao modelo biomédico, como ele é sua estrutura estruturante. Para tanto, a metodologia utilizada neste trabalho, numa dimensão mais ampla, parte do paradigma decolonial, com uma abordagem qualitativa, ou seja,

[...]não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. [...]Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 31-32).

É uma pesquisa de natureza básica, logo sem uma aplicação prática, que tem um caráter exploratório, objetivando explicitar um problema oculto, e quanto aos procedimentos, é uma pesquisa bibliográfica que investiga a ideologia por trás da suposta neutralidade do modelo biomédico (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 34-35 e 37).

A justificativa para a pesquisa do tema é que não há uma clara elucidação da intrínseca conexão entre colonialidade e a supremacia do modelo biomédico, apesar de haverem vários estudos que tangenciam essa relação ou que questionam esse lugar de poder hegemônico do discurso biomédico de alguma forma. E quando fazemos esses

questionamentos, precisamos de recorrer aos estudos que não tem por objeto temas em saúde necessariamente, emprestando as lentes tecidas no campo das ciências humanas para analisar fenômenos que atravessam o campo da saúde coletiva. Essa supremacia do modelo biomédico se constrói em cima da supremacia do conhecimento científico, pois tal modelo é detentor da ciência, do discurso competente que se entende como uma totalidade, como universal e como referência sob a qual outros modelos e epistemes devem estar subjugadas de forma explícita ou sub-reptícia. Os detentores do discurso biomédico e por conseguinte científico, historicamente, desde o processo da colonização, têm sido majoritariamente homens brancos, economicamente privilegiados. Porém, cada vez mais as instituições que constituem o campo da saúde coletiva, como as de ensino em geral, têm tido suas tensões recrudescidas pela entrada de corpos historicamente subalternizados, no ensino superior, que desafiam a supremacia do discurso biomédico que está presente nas instituições que constituem o campo da saúde coletiva, fazendo-se urgente desvelar tais tensões para a adição de outros discursos ao campo da saúde coletiva, que auxiliem na mudança de paradigma de uma ciência que é orientada por uma relação sujeito-objeto (relação de subalternidade), para uma ciência orientada por uma relação sujeito-sujeito (relação de horizontalidade). Para tanto é imprescindível partir desde uma perspectiva decolonial, que é uma área de pesquisa que vem sendo construída, principalmente, por corpos historicamente subalternizados, promovendo a inclusão de visões de mundo de populações minoritárias e saberes autóctones.

As hipóteses das quais parto, são duas. A primeira é que o processo histórico da colonização, através do racismo, fez a racialização dos povos, criando as categorias de superior e inferior e legitimando a sobreposição de toda ideologia, das formas de ser e estar dos colonizadores. Consequentemente, deslegitimando as epistemes dos povos racializados e de suas formas de interação com todos os seres vivos. Apesar da colonização ter sido um período histórico com início, meio e fim, ela se perpetua através da colonialidade, que se utiliza da atualização constante e criação de dispositivos/mecanismos mais sofisticados que fazem com que a violência e as relações de dominação fiquem veladas, e um desses dispositivos é a supremacia do modelo biomédico.

A segunda, é que o modelo biomédico é positivista, cartesiano, pautado por relações verticais, onde quem tem o discurso competente, os pesquisadores, estão na posição de sujeitos, e os que não têm o discurso competente são colocados na posição de objetos pelo discurso biomédico. Com isso acontece a marginalização/subalternização

dos não sujeitos, que como inferiores têm suas vozes invisibilizadas e não levadas em consideração nas tomadas de decisões.

Buscando alicerçar essas hipóteses apresentarei a seguir três seções. Na primeira, faço uma introdução ao paradigma decolonial, contextualizando o grupo decolonial que criou o conceito e apresentando alguns conceitos da decolonialidade como Sistema Moderno/Colonial de Gênero, Colonialidade do poder e do saber, a hybris do ponto zero e a Negação da Simultaneidade, tempo panóptico e espaço anacrônico.

Na segunda, trago a superfície que o processo colonial é indissociável da constituição da hegemonia do modelo biomédico, mostrando alguns conceitos de Foucault, a entrada do poder disciplinar no hospital e sua importância nesta constituição e também, alguns relatos que auxiliam a dar concretude e visibilidade às violências sutis e invisíveis do modelo biomédico, que são elementos de uma estrutura colonial. Por fim, ainda na segunda seção, faço uma contextualização do Relatório Flexner, mostrando sua importância histórica na consolidação de um movimento que já vinha se construindo no sentido de tornar tal modelo hegemônico e universal, além disso, analiso os trechos do relatório a respeito do fechamento de escolas médicas para mulheres e para negros.

E na terceira seção a seguir, faço as considerações finais, retomando a pergunta de pesquisa, objetivos, sintetizando as ideias e conceitos apresentados para em seguida discutir e contrastar alguns deles com os elementos da colonialidade presentes no Relatório Flexner.

## 2 UMA BREVE INTRODUÇÃO AO PARADIGMA DECOLONIAL

Antes de falar sobre o olhar decolonial, é importante explicitar a diferença entre o colonialismo e a colonialidade. O colonialismo se refere ao período histórico da invasão europeia no continente americano, e portanto, tem uma delimitação temporal entre os séculos XV e XIX. Já a colonialidade diz respeito às dimensões materiais, simbólicas e epistêmicas decorrentes desse processo histórico, que produzem seus efeitos na realidade. Esta última, é a forma pela qual se perpetuam nos dias de hoje os processos de dominação, as formas de se relacionar pautadas pelas categorias dicotômicas e hierárquicas de superior/inferior, civilizado/primitivo, branco/não branco, homem/animal, homem/mulher, etc, que foram possibilitados pela colonização.

[...]a colonialidade constitui a epistemologia moderna, dividindo o mundo em dois polos opostos e inconciliáveis: colonizadores e colonizados, brancos e negros, homens e mulheres, razão e sentimento, público e privado, sujeito e objeto (FREITAS, 2020, p. 210).

O olhar decolonial trata justamente de elucidar que por mais que a colonização já tenha “acabado” enquanto processo histórico, que países colonizados tenham passado por processos de independência política das antigas metrópoles imperiais, ela forjou terrenos propícios para constituição de uma lógica epistêmica colonial que consegue adentrar os corações(desejos mais profundos) das pessoas, conseqüentemente em seus modos de viver. Essa lógica está naturalizada, e portanto é reproduzida sem reflexão, como se as relações coloniais fossem o caminho de evolução natural da humanidade. A decolonialidade então busca resistir e desconstruir a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, simbólicos e epistêmicos.

[...]decolonialidade como conceito oferece dois lembretes-chave: primeiro, mantém-se a colonização e suas várias dimensões claras no horizonte de luta; segundo, serve como uma constante lembrança de que a lógica e os legados do colonialismo podem continuar existindo mesmo depois do fim da colonização formal e da conquista da independência econômica e política. É por isso que o conceito de decolonialidade desempenha um importante papel em várias formas de trabalho intelectual, ativista e artístico atualmente (MALDONADO-TORRES, 2018, p.28).

Por mais que a decolonialidade enquanto conceito tenha sido cunhada por um grupo específico de intelectuais, como veremos a seguir, sua essência, que é instigar

processos de descolonização, está presente também fora desse grupo, em movimentos até mesmo anteriores ao da criação do conceito em si, como em movimentos sociais, não ligados à academia e também nas propostas de intelectuais que não se dizem decoloniais, mas são certamente pós-coloniais, pois denunciam os discursos pretensamente assépticos da ciência moderna e como ela se constrói e se legitima a partir da desumanização dos povos colonizados e do extermínio de seus saberes.

É a partir desta lógica que tem sentido falar em pensamento decolonial, noção cara a este estudo, como dimensão gnosiológica e epistemológica contida na ideia de decolonialidade, ou seja, como um conjunto de práticas epistêmicas de reconhecimento da opressão, mas sobretudo, como um paradigma outro de compreensão do mundo, interessado em revelar, e não esconder, as contradições geradas pela modernidade/colonialidade, em diálogo crítico com as teorias europeias, mas elaborado, fundamentalmente, a partir de uma perspectiva não eurocêntrica de mundo, atenta às realidades vividas pelas populações periféricas e aos seus conhecimentos, às suas culturas e às suas estratégias de luta. [...]Assim, diferentemente das teorias tradicionais, a decolonialidade não é pensada exclusivamente por intelectuais, mas é forjada, também, no interior das lutas e dos movimentos sociais de resistência em todo o mundo, e em particular no Sul global (MOTA NETO, 2016, p.18-19).

Assim, a busca por um olhar decolonial à saúde, faz parte do trabalho que o campo da Saúde Coletiva deve realizar para garantir que todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde(SUS), sejam coerentemente aplicados à realidade, pois um dos fatores fundamentais que impedem a sua efetiva implementação é o conjunto de práticas epistêmicas biomédicas que mantém uma lógica colonial de subalternização de determinados corpos, povos e conhecimentos.

## 2.1 O GRUPO DECOLONIAL: BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

O grupo decolonial ou grupo modernidade/colonialidade/decolonialidade é formado nos anos noventa do século XX, por um conjunto de intelectuais latino-americanos, acadêmicos de várias universidades do continente americano, que estavam propondo uma analítica muito específica e similar entre si, tanto que houve a necessidade de uma nova conceituação para demarcar essa nova proposta de

interpretação dos legados derivados do processo de colonização. Esse novo olhar, o giro decolonial, “defende a “opção decolonial” – epistêmica, teórica e política – para compreender e atuar no mundo, marcado pela permanência da colonialidade global nos diferentes níveis da vida pessoal e coletiva” (BALLESTRIN, 2013, p.89).

Essa mudança é referida também como Giro decolonial pois é realmente um movimento de giro de perspectiva em relação aos estudos que propunham uma análise do colonialismo, como o movimento intelectual pós-colonial, que ainda se baseavam em intelectuais europeus e não em intelectuais de territórios colonizados. Logo, as lentes tecidas pelo pós-colonialismo, não poderiam ser simplesmente aplicadas universalmente para todos os territórios colonizados, sem considerar-se as especificidades sócio-históricas e culturais de cada contexto.

Há de se dizer que a crítica pós-colonial é, em muito, devedora de movimentos intelectuais que se passam, também no “centro” do mundo. Não por acaso, uma de suas vertentes, a chamada “modernidade-colonialidade-decolonialidade” reivindicará, a partir da década de 1990, um maior diálogo com as raízes do pensamento crítico no continente do que o que se considera abuso nas referências a Foucault, Deleuze e Derrida. Um pleito justo, sobretudo, porque o pós-colonial de língua britânica é, por vezes, tão pós-moderno e pós-estruturalista que parece não necessariamente acompanhar o “giro decolonial” latino-americano cujo empenho histórico é apontar a América Latina, em sua rica tradição cognoscitiva como lócus legítimo de enunciação. [...]ao entendimento da crítica pós-colonial como uma crítica que é epistemológica e política num só tempo que consigo concebê-la somando às teorias sociais, ao questionar sua arbitrária parcialidade, do que como um empreendimento a deslegitimar as ciências sociais (RIBEIRO, 2014, p. 5).

O pós-colonialismo, por mais que surja e seja desenvolvido majoritariamente por intelectuais do “centro” do mundo, como colocado pela autora, ele não nasce na Europa exatamente, mas sim nas suas margens, por aqueles que foram exilados, pelos, de alguma forma, dissidentes, que tiveram a oportunidade de problematizar a realidade a partir de outras perspectivas/vivências. Esse movimento abriu caminhos para que se pudesse refletir o que há por trás de como se pensam e se estruturam os saberes, a ciência, ou seja, promovendo uma crítica epistemológica, metateórica do que se havia produzido até então.

Bourdieu (2003; 2007) também disse que o treinamento numa prática científica específica nos leva a partilhar um “inconsciente cultural”, captado por nossas

aprendizagens intelectuais. Somos dotados de “esquemas fundamentais” aprendidos por longos anos que determinam nossas operações mentais (1987). Somos “programados” e por meio deste “programa” percebemos, pensamos, agimos. Considero que os intelectuais diaspóricos tiveram, como um privilégio paradoxal, a chance de se “desprogramar”. A incitação da crítica pós-colonial não nasce na Europa mas em suas margens: este é o ponto crucial. [...]O peso da diáspora, inegavelmente, por sua vez, forjou a crítica pós-colonial (RIBEIRO, 2014, p.6).

As teorias pós-coloniais, surgem em dissidência às hegemonias, nas margens, e por isso mesmo não propõem universalismos, não poderiam ser aplicadas a qualquer lugar indistintamente, como por exemplo, à realidade política, social, cultural e econômica latino-americana, isso seria negar a legitimidade enunciativa deste território(RIBEIRO; 2014; p. 20). Ainda que não propusesse universalismos, tinham dificuldade de superá-los, pois mesmo denunciando o emudecimento e a subalternização de alguns corpos, não conseguia de fato dar voz a eles. Com a necessidade insurgente de se fazerem visíveis, esses corpos colonizados passam a falar desde suas experiências enquanto latino-americanos, superando a presunçosa universalidade das ciências através da diversidade, da valorização das experiências locais, das diferenças singulares dos territórios.

A “modernidade-colonialidade” é um discurso crítico que expõe o lado colonial do sistema mundial moderno bem como a colonialidade do poder embutida na própria modernidade, mas ao incorporar o último termo – a decolonialidade – vai além uma vez que se coloca como também como um discurso que altera a proporção entre locais geohistóricos (ou histórias locais) e a produção de conhecimentos, reordenando a geopolítica do conhecimento[...] Há que se dizer que uma sociologia “não-colonizada” não visa ao lugar do colonizador mas se detém em explicitar seus equívocos e buscar combatê-los, promovendo um conhecimento a partir das experiências latino-americanas, algo como um border-thinking, ou seja, um modo de pensar que esteja para além das fronteiras impostas pela modernidade capitalista e pelas ciências humanas eurocêntricas(RIBEIRO, 2014, p.22).

Então, por expressar uma particularidade em suas premissas teóricas, que permitem ler sua especificidade histórica/local, foi necessário criar um novo nome que englobasse essas propostas e que se diferenciasse do que vinha sendo proposto dentro da pós-colonialidade. A seguir apresentarei brevemente alguns desses conceitos fundamentais que caracterizam a decolonialidade.

## 2.2 ALGUNS CONCEITOS DO PARADIGMA DECOLONIAL CENTRAIS A ESTA MONOGRAFIA

### 2.2.1 Sistema Moderno/Colonial de Gênero

Aníbal Quijano, um dos autores do grupo decolonial apresentado anteriormente, trouxe aportes essenciais à compreensão da constituição da modernidade, que para ele, só se fez possível a partir da invasão europeia no continente americano. Então, foi justamente o processo de colonização das américas que possibilitou o surgimento da concepção de modernidade. O termo Sistema Moderno/Colonial designa duas faces de uma mesma moeda que são indissociáveis.

América se constituyó como el primer espacio/tiempo de un nuevo patrón de poder de vocación mundial y, de ese modo y por eso, como la primera id-entidad de la modernidad. Dos procesos históricos convergieron y se asociaron en la producción de dicho espacio/tiempo y se establecieron como los dos ejes fundamentales del nuevo patrón de poder. De una parte, la codificación de las diferencias entre conquistadores y conquistados en la idea de raza, es decir, una supuesta diferente estructura biológica que ubicaba a los unos en situación natural de inferioridad respecto de los otros. Esa idea fue asumida por los conquistadores como el principal elemento constitutivo, fundante, de las relaciones de dominación que la conquista imponía. Sobre esa base, en consecuencia, fue clasificada la población de América, y del mundo después, en dicho nuevo patrón de poder". De otra parte, la articulación de todas las formas históricas de control del trabajo, de sus recursos y de sus productos, en torno del capital y del mercado mundial (QUIJANO, 2000, p.202).

Esse autor enxerga que o racismo, que promoveu a racialização dos povos, é uma estrutura fundante da modernidade, sendo o seu lado obscuro, colonial, e que raça não é uma categoria biológica. Mas sua teoria possui uma limitação substancial que outra autora do grupo decolonial, Maria Lugones, não só aponta como vai além. Ela diz que Quijano trata da categoria gênero como biológica, naturalizada e em segundo plano, e não como uma estrutura fundante também da modernidade ao lado do racismo, aceitando acriticamente a concepção hegemônica europeia de gênero. Por essa razão, ao termo Sistema Moderno/Colonial, onde já está implicado o racismo, ela adiciona a palavra gênero, compreendendo que sem essa categoria, assim como sem a racialização dos povos, não seria possível levar a cabo o projeto da colonização.

[...]para Quijano, las luchas por el control del «acceso sexual, sus recursos y productos» definen el ámbito del sexo/género y, están organizadas por los ejes de la colonialidad y de la modernidad. Este análisis de la construcción moderna/colonial del género y su alcance es limitado. La mirada de Quijano presupone una comprensión patriarcal y heterosexual de las disputas por el control del sexo y sus recursos y productos. Quijano acepta el entendimiento capitalista, eurocentrado y global de género. El marco de análisis, en tanto capitalista, eurocentrado y global, vela las maneras en que las mujeres colonizadas, no-blancas, fueron subordinadas y desprovistas de poder. El carácter heterosexual y patriarcal de las relaciones sociales puede ser percibido como opresivo al desenmascarar las presuposiciones de este marco analítico. [...] Quijano no ha tomado conciencia de su propia aceptación del significado hegemónico del género. Al incluir estos elementos en el análisis de la colonialidad del poder trato de expandir y complicar el enfoque de Quijano que considero central a lo que llamo el sistema de género moderno/colonial (LUGONES, 2008, p.78).

Dessa forma, Lugones considera a intersecção entre raça, gênero, classe e sexualidade para explicar a constituição do Sistema Moderno/Colonial de Gênero, que “produz uma opressão comum que recai sobre todas as sociedades latino-americanas e caribenhas. É ele quem garante a maximização da precariedade, a exploração de grupos sociais”, (FREITAS, 2020, p. 210). O conceito de interseccionalidade em que a autora se baseia, foi cunhado pelo movimento feminista negro, nos Estados Unidos, para referir-se aos pontos de encontro de diversas formas de subjugação/opressão exercidas por infinitos dispositivos da colonialidade dentro do sistema supracitado. Sem a compreensão de como interagem os sistemas de dominação, incorremos o risco de invisibilizar determinados grupos subalternizados, negando-lhes a realidade de suas experiências, como bem apontou Lugones, e

Como afirma Collins, caso isso não seja feito, torna-se impossível compreender que as experiências de todos os indivíduos são formadas por intersecções entre múltiplos sistemas de dominação e que são exatamente as interpretações das interações entre esses múltiplos sistemas o objeto de estudo das ciências sociais (FREITAS, 2020, p. 213).

Nesta monografia, mais adiante, trabalharei o modelo biomédico como um dentre os inúmeros dispositivos da colonialidade, em outras palavras, partirei da hipótese que sua constituição só foi possibilitada com o nascimento do Sistema Moderno/Colonial de Gênero, sendo um de seus desdobramentos, que lhe serve de estrutura mantenedora, sustentando as relações hierárquicas de dominação, assim como a intersecção entre elas.

## 2.2.2 Colonialidade do poder e do saber

De acordo com Quijano, a colonialidade do poder se refere a um poder mundial, capitalista, eurocêntrico e primordial à constituição da modernidade, que só pôde ser exercido e perpetuado devido a invenção da ideia de raça (como vimos na primeira citação do item anterior). As diferenças fenotípicas visíveis entre os povos foram usadas num intento de instaurar a categoria raça, como uma categoria biológica, científica, justificando assim uma suposta condição natural de superioridade de determinados corpos e de inferioridade de outros. Então, é essa ideia de raça que foi sendo imbuída no imaginário social através de diversos mecanismos, que garantiu a naturalização das relações hierárquicas e dicotômicas, de superioridade e inferioridade que perpassam, de alguma forma, por todos os entrelaçamentos do tecido social.

A colonialidade do saber é uma implicação inerente da colonialidade do poder, pois se a racialização dos povos permite a consolidação de uma assimetria de poderes entre brancos e não brancos, sendo os primeiros considerados superiores aos segundos, por conseguinte, toda e qualquer produção de conhecimento por culturas não brancas serão deslegitimadas por sua pretensa natural inferioridade. A naturalização dessas relações sociais, como se fossem produto de uma evolução natural, previsível, da humanidade -e não como produto de condições histórico culturais específicas-, é a premissa que sustenta a hegemonia do pensamento científico ocidental/moderno.

A expressão mais potente da eficácia do pensamento científico moderno –especialmente em suas expressões tecnocráticas e neoliberais hoje hegemônicas– é o que pode ser literalmente descrito como a naturalização das relações sociais, a noção de acordo com a qual as características da sociedade chamada moderna são a expressão das tendências espontâneas e naturais do desenvolvimento histórico da sociedade[...]Essa força hegemônica do pensamento neoliberal, sua capacidade de apresentar sua própria narrativa histórica como conhecimento objetivo, científico e universal e sua visão da sociedade moderna como a forma mais avançada –e, no entanto, a mais normal– da experiência humana, está apoiada em condições histórico culturais específicas[...] A eficácia hegemônica atual desta síntese sustenta-se nas tectônicas transformações nas relações de poder ocorridas no mundo nas últimas décadas (LANDER, 2005, p.7).

Sendo, então, uma das dimensões da colonialidade do poder, a

colonialidade do saber promove o apagamento/silenciamento das epistemes(epistemicídio) de povos não brancos, seus modos de viver, de cuidar, se relacionar com o meio, seus sentidos e significados. Um dos projetos mais importantes, que serviu de base para a institucionalização de epistemicídios de forma estrutural, foi o projeto iluminista europeu(séc XVII e XVIII), conhecido como século da luzes, da clareza do pensamento com a sobreposição da razão sobre qualquer outra forma de conhecer o mundo, como argumenta Castro-Gómez na citação abaixo:

[...]la ilustración fue vista como un mecanismo idóneo para eliminar las “muchas formas de conocer ” vigentes todavía en las poblaciones nativas y sustituirlas por una sola forma única y verdadera de conocer el mundo: la suministrada por la racionalidad científico-técnica de la modernidad.

[...]Por eso, Descartes recomienda que las “viejas y ordinarias” opiniones de la vida cotidiana deben ser suspendidas, con el fin de encontrar un punto sólido de partida desde el cual sea posible construir de nuevo todo el edificio del conocimiento (Descartes , 1984: 115). Este punto absoluto de partida, en donde el observador hace tabula rasa de todos los conocimientos aprendidos previamente, es lo que en este trabajo llamaremos la hybris del punto cero . Comenzar todo de nuevo significa tener el poder de nombrar por primera vez el mundo; de trazar fronteras para establecer cuáles conocimientos son legítimos y cuáles son ilegítimos, definiendo además cuáles comportamientos son normales y cuáles patológicos. Por ello, el punto cero es el del comienzo epistemológico absoluto, pero también el del control económico y social sobre el mundo. Ubicarse en el punto cero equivale a tener el poder de instituir, de representar, de construir una visión sobre el mundo social y natural reconocida como legítima y avalada por el Estado. Se trata de una representación en la que los “varones ilustrados” se definen a sí mismos como observadores neutrales e imparciales de la realidad(CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.18-25).

O ponto zero mencionado pelo autor, o qual forjou a base epistemológica das ciências modernas como as conhecemos hoje, é fundamental para a compreensão da relação entre a constituição da hegemonia do modelo biomédico e a colonialidade. E portanto será melhor desenvolvido no próximo item.

### 2.2.3 A hybris do ponto zero

O conceito do “ponto zero”, desenvolvido pelo autor colombiano Santiago Castro-Gómez, é profundamente investigado em sua obra “La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada(1750-1816)”, onde num estudo de caso

do território que hoje denominamos Colômbia, no período de 1750 a 1816, ele defende que a colonização do império espanhol na América Latina foi um processo que não dependeu somente de uma violência física, mas sobretudo de uma violência epistêmica levada a cabo pelo projeto Iluminista europeu.

[...]modernidad y colonialidad no son fenómenos sucesivos en el tiempo, sino simultáneos en el espacio. [...]la Ilustración no sólo planteaba la superioridad de unos hombres sobre otros, sino también la superioridad de unas formas de conocimiento sobre otras. Por ello jugó como un aparato de expropiación epistémica y de construcción de la hegemonía cognitiva de los criollos en el espacio social (CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.18).

Hybris é um conceito grego que significa arrogância, soberba, e o ponto zero se refere a um lugar de observação imparcial e asséptica, que não pode ser observado de nenhum ponto de vista, nem representado, pois se encontra em todas as partes. Usarei deste conceito para analisar o modelo biomédico, mais adiante, e mostrar que ele é hegemônico fundamentalmente, pois se constituiu justamente sobre esse lugar do “ponto zero”.

[...]concepto del “punto cero”. Con ello me refiero al imaginario según el cual, un observador del mundo social puede colocarse en una plataforma neutra de observación que, a su vez, no puede ser observada desde ningún punto. Nuestro hipotético observador estaría en la capacidad de adoptar una mirada soberana sobre el mundo, cuyo poder radicaría precisamente en que no puede ser observada ni representada. Los habitantes del punto cero (científicos y filósofos ilustrados) están convencidos de que pueden adquirir un punto de vista sobre el cual no es posible adoptar ningún punto de vista. [...]panóptico foucaultiano, ejemplifica con claridad la hybris del pensamiento ilustrado. Los griegos decían que la hybris es el peor de los pecados, pues supone la ilusión de poder rebasar los límites propios de la condición mortal y llegar a ser como los dioses. [...]la pretensión central manifiesta por el discurso ilustrado era que la ciencia carecía de un lugar empírico de enunciación. Mostraré que lo que permite invisibilizar el lugar de enunciación del conocimiento es el modo en que la ciencia y las ambiciones geopolíticas empiezan a quedar articuladas en el sistema-mundo moderno/colonial a partir del siglo XVI (CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.18-22).

Porém, o autor argumenta, que a episteme imposta, através de diversas artimanhas, pelo projeto Iluminista europeu, não foi simplesmente transposta da Europa à

América Latina, mas foi uma estratégia aplicada entre os criollos<sup>3</sup> com acesso à educação, bens e status social, para se distinguirem numa posição superior diante daquelas pessoas das raças que consideravam impuras e degeneradas, assim subalternizando essas populações(CASTRO-GÓMEZ, 2005, p. 16). Ou seja, o cientificismo proposto pelo projeto iluminista que se cria no “ponto zero”, no lugar neutro do não lugar, precisou necessariamente de um território(em seu sentido amplo, considerando as relações sociais), de um lugar não neutro, para se desenvolver e disseminar. Então foi justamente a criação de um território “primitivo” (América), que possibilitou a criação de um território neutro e civilizado (Europa). O projeto iluminista, de uma ciência universal, que se pretende sem um lugar de enunciação, precisou da invenção do território primitivo para se estabelecer.

#### 2.2.4 Negação da simultaneidade, tempo panóptico e espaço anacrônico

Aqui apresento três conceitos: a negação da simultaneidade, tempo panóptico e espaço anacrônico. O primeiro também é utilizado por Santiago Castro-Gómez, em sua obra citada no item anterior. E os dois últimos, são conceitos complementares abordados pela intelectual zimbabuense Anne McClintock em seu livro ‘Couro imperial: Raça, Gênero e Sexualidade no Embate Colonial’. Os trago juntos no mesmo subtema pois, apesar de se debruçarem sobre distintos acontecimentos históricos, pois enquanto Castro-Gómez enfoca a colonização espanhola na América, McClintock se concentra na colonização inglesa na África(embora também mencione a colonização da América), eles estão tratando de um mesmo aspecto importante da colonialidade (o espaço/tempo) que recai sobre diferentes povos-territórios colonizados, condenando esses corpos a viverem fora do tempo, num passado remoto, os enxergando como empecilhos aos avanços e progressos da modernidade.

É preciso ressaltar que a autora citada não faz parte do grupo decolonial, ainda assim, escolhi me apoiar em seu texto pela semelhança e proximidade com a perspectiva decolonial que apresenta. Por mais que ela não se utilize dos termos colonialidade ou decolonialidade, propõe uma analítica do embate colonial, destrinchando os processos

---

<sup>3</sup> Criollos eram as pessoas nascidas no continente americano, porém, com descendência direta espanhola. Eles constituíam a elite nos territórios americanos colonizados pela Espanha e eram grandes latifundiários.

cognitivos e de subjetivação que puderam se desenvolver amplamente a partir da colonização. E quando falamos nos aspectos subjetivos que permitiram e permitem relações de dominação/subjugação, nas bases epistemológicas que constroem o chão do projeto colonial, estamos falando do que o grupo decolonial chama de colonialidade. Então, com diferentes nomenclaturas, Anne McClintock e Santiago Castro-Gómez, estão olhando para um mesmo fenômeno e tirando parecidas conclusões como veremos a seguir.

Santiago Castro-Gómez, com o conceito da não simultaneidade, se refere à uma hipótese fundante da ciência moderna ocidental que foi constituída pelo projeto iluminista como forma de enfrentar a barreira metodológica que este encontrou durante a tentativa de reconstruir a evolução humana. Tal hipótese consiste na premissa de que sendo a natureza humana algo universal seu percurso evolutivo no espaço/tempo é feito numa única linha reta e ascendente, compreendendo a evolução como sinônimo de progresso, ou seja, cada passo dado adiante neste percurso linear se aproxima mais da modernidade, do tempo presente. Com essa premissa se constitui então a hipótese seguinte: ainda que as diferentes sociedades estejam vivendo simultaneamente em diferentes espaços geográficos, elas não são simultâneas no tempo. A forma de verificação dessa hipótese é tão linear quanto a premissa iluminista da evolução humana. Se uma dada população/território não se utiliza das tecnologias desenvolvidas (majoritariamente pelo norte global) até o momento da observação, significa que ela vive num tempo passado, não simultâneo com a modernidade, com o presente.

[...]¿cómo realizar observaciones empíricas del pasado? Si lo que caracteriza una observación científica es precisamente el “método experimental de razonamiento” que le garantiza ubicarse en el punto cero , ¿cómo tener experiencias de sociedades que vivieron en tiempos pasados? La solución a este dilema se apoyaba en un razonamiento simple: ciertamente no es posible tener observaciones científicas sino de sociedades que viven en el presente; pero sí es posible defender racionalmente la hipótesis de que algunas de esas sociedades han permanecido estancadas en su evolución histórica, mientras que otras han realizado progresos ulteriores. La hipótesis de fondo es entonces la siguiente: como la naturaleza humana es una sola, la historia de todas las sociedades humanas puede ser reconstruida a posteriori como siguiendo un mismo patrón evolutivo en el tiempo. De modo que aunque en el presente tengamos experiencias de una gran cantidad de sociedades simultáneas en el espacio , no todas estas sociedades son simultáneas en el tiempo. Bastará con observar comparativamente, siguiendo el método analítico, para determinar cuáles de esas sociedades pertenecen a un estadio inferior (o anterior en el tiempo) y cuáles a uno superior de la escala evolutiva (CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.33).

Com outros termos e falando sobre outro território colonizado (regiões africanas), Anne McClintock expressa a mesma concepção de Castro-Gómez a respeito desse aspecto colonial de espaço/tempo, só que o aprofunda um pouco mais. Ela utiliza o conceito de tempo panóptico para referir-se à construção do ato de consumir o progresso ou a imagem da história global, num golpe de vista, “[...]refiro-me à imagem da história global consumida - com um olhar - num único espetáculo a partir de um ponto de invisibilidade privilegiada” (MCCLINTOCK, 2010, p.67). Esse ponto de invisibilidade que ela menciona, é a *hybris* do ponto zero para Santiago, conceito já mencionado acima. Para ilustrar esse consumo do progresso num golpe de vista podemos, por exemplo, imaginar uma visita ao Museu da Vida da Fundação Oswaldo Cruz, onde se encontram diferentes equipamentos e ferramentas biomédicas, como microscópios de distintas épocas. Ao observá-los somos levados a notar, rapidamente, sua evolução linear, e concluir que estes utensílios já estão ultrapassados, são anacrônicos, estão para trás e para baixo da modernidade, assim consumindo num olhar linear, todo percurso dessa tecnologia na história. A autora menciona a grande influência da Teoria da Evolução de Darwin para essa construção, mostrando como a lógica dessa proposição de classificação da natureza biológica foi aplicada à natureza histórico-social.

Agora, não só o espaço natural, mas também o tempo histórico podiam ser colhidos, reunidos e mapeados numa ciência global da superfície. [...]O paradigma da evolução se apoiava numa concepção do tempo que era não só secularizada e naturalizada, mas também plenamente espacializada". O eixo do tempo foi projetado sobre o eixo do espaço e a história se tornou global. Com o darwinismo social, o projeto taxonômico, aplicado primeiro à natureza, era agora aplicado à história cultural. O tempo se tornou uma geografia do poder social, um mapa a partir do qual ler uma alegoria global da diferença social "natural". E, o que é mais importante, a história assumiu o caráter de espetáculo (MCCLINTOCK, 2010, p. 66-67).

Num primeiro momento, os conceitos de tempo panóptico e espaço anacrônico, parecem deslocados de seus respectivos pares, já que panóptico, ideia concebida por Bentham, diz respeito a uma forma de organizar o espaço com a finalidade de disciplinar os corpos, e anacrônico diz respeito a uma concepção que se relaciona a ideia de tempo e não de espaço. Mas o cruzamento entre esses termos pares não tem nada de incoerente, pelo contrário, ele explicita exatamente a transposição do eixo tempo sobre o eixo espaço, que foi levada a cabo pelo projeto iluminista, numa tentativa bem sucedida de estabelecer a modernidade através de sua negatividade, em outras palavras,

através da invenção do arcaico.

A partir da constituição desse tempo panóptico, conseqüentemente se cria o arcaico, aquilo e aqueles que se encontram no que a autora chama de espaço anacrônico. O espaço anacrônico é aquele onde encontramos as populações/territórios colonizados, são os corpos e culturas fora do tempo ocidental(universal), arcaicos, estáticos, simplesmente porque não europeus. Se não vivem de acordo com o tempo e cultura europeia, moram então no espaço anacrônico.

A África, diz Hegel, "não é parte histórica do mundo [ ... ] não tem movimento ou desenvolvimento a exibir". A África veio a ser vista como paradigma colonial do espaço anacrônico, uma terra perpetuamente fora do tempo na modernidade, à deriva e historicamente abandonada. [...]Segundo a versão colonial desse tropo, o progresso imperial no espaço do império é figurado como uma jornada para trás no tempo até um momento anacrônico da pré-história. Por extensão, a jornada de retorno à Europa é vista como um ensaio da lógica evolucionista do progresso histórico para frente e para o alto até o apogeu do Iluminismo na metrópole europeia. A diferença geográfica através do espaço é figurada como uma diferença histórica através do tempo. (MCCLINTOCK, 2010, p. 72-73)

Se essa transposição do eixo tempo sobre o eixo espaço foi levada a cabo pelo projeto iluminista, este último, só foi possibilitado pelo processo histórico da colonização e seus desdobramentos por meio dos dispositivos da colonialidade. Então, o que a autora quer dizer no trecho destacado acima, é que foi justamente a viagem até o espaço anacrônico(a invasão dos territórios colonizados), para trás no tempo, que pode posicionar a Europa num lugar de progresso, a frente e acima dos ditos espaços anacrônicos ou não modernos/europeus.

A concepção da dimensão colonial de espaço/tempo tratada por estes três conceitos, será usada adiante para mostrar como a hipótese fundante da ciência moderna de que algumas sociedades não são simultâneas no tempo, permite que o discurso especialista biomédico promova o epistemicídio de outros saberes sobre cuidados em saúde.

### 3 A CONSTITUIÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO: UM PROCESSO COLONIAL

#### 3.1 ALGUNS CONCEITOS FOUCAULTIANOS RELEVANTES A ANÁLISE DO MODELO BIOMÉDICO

##### 3.1.1 Dispositivo

Dispositivo é um conceito muito usado nas analíticas da micropolítica feitas por Foucault. Mas, ele o delimita de forma mais objetiva, pela primeira vez, numa entrevista à International Psychoanalytical Association (IPA):

Por esse termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. [...]entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante(FOUCAULT, 2021, p. 364-365).

Então, um dispositivo engloba uma grande quantidade de elementos dos mais diversos possíveis, e quanto mais heterogêneos esses elementos, que compõem o dispositivo, forem, maior será a sua capacidade de adaptação às mudanças sociais para realizar a manutenção das relações de poder que sustentam. Eles permitem o estabelecimento de uma rede que por sua vez possibilita uma certa ordenação, incorporação e normatização nas práticas de uma determinada realidade, conformando assim uma relação retroalimentativa, pois, ao mesmo tempo que os elementos de um dispositivo normatizam as práticas de uma população, são também incorporados por esta que passam a reproduzir a normatização, sustentando o próprio dispositivo.

Na linguagem de Bourdieu, poderíamos chamar um dispositivo de uma estrutura-estruturante-estruturada, porque concomitantemente ele é uma estrutura que vai estabelecer e estruturar as relações de poder num dado campo, e também será alimentado e mantido por essas relações que criou. Nas palavras de Foucault “é isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (FOUCAULT, 2021, p.367). Justamente por isso, ele também consegue exercer o poder para determinar o que tem validade, o que é verdadeiro dentro

de um campo, como diz Foucault no trecho a seguir:

[...]eu definiria episteme como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que podem ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito de que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. É o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável. [...]Geralmente se chama instituição todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo é a instituição(FOUCAULT, 2021, p.368).

A partir dessas definições é que me refiro ao modelo biomédico como um dispositivo, pois tem todas as características que constituem um dispositivo, isto é, uma rede interconectada dos mais diversos elementos, discursivos e não discursivos, que sustenta e é sustentada pelas relações de poder que estabelece. Todas as instituições de formações em saúde, as ciências em saúde, as instituições de atenção à saúde, as leis e normas que regulamentam as práticas em saúde, as comunicações públicas em saúde, o imaginário e a subjetividade, construídos no tecido social, a respeito do processo saúde/enfermidade/cuidado, o dito e o não dito, o visível e o invisível, tudo isso compõe esse grande dispositivo da colonialidade que é o modelo biomédico.

### 3.1.2 Poder disciplinar

O poder disciplinar é uma tecnologia política constituída, em seus princípios fundamentais, em princípios do século XVIII. É claro que antes disso já existiam vários modelos de mecanismos disciplinares, porém, eles funcionavam de forma fragmentada e isolada(FOUCAULT; 2021; p. 180), e não como uma ferramenta “universal” para gerenciar os corpos humanos, dispo-los espacialmente de forma ordenada e individualizada, para apagar a alteridade em benefício da otimização da produção, como faz o poder disciplinar.

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se

apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. “Adestra” as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais — pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício (FOUCAULT, 1999, p. 195).

Então, a medida que essa tecnologia vai disciplinar e focar nos corpos, vai separá-los em suas singularidades, numa anátomo-política, ela irá permitir uma ordenação espacial panóptica onde a vigilância se encontra em cada momento, em cada sujeito, em cada ponto do espaço. Dessa forma se maximiza a produção de resultados que se busca nesse processo de tornar os corpos dóceis.

[...](a disciplina)uma arte de distribuição espacial dos indivíduos. [...]é, antes de tudo, a análise do espaço. [...]A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder(FOUCAULT, 2021, p. 180-182).

A prática médica pôde se inserir no discurso e no saber da ciência físico-química quando começou a desenvolver-se o processo de urbanização. Esse poder disciplinar é o que possibilita o esquadrinhamento e controle da população, necessários a uma conformação urbana e ao poder médico.

### 3.1.3 Biopolítica

Enquanto o poder disciplinar vai atuar sobre os corpos na medida em que estes são indivíduos, ou seja, com um caráter individualizante, a biopolítica, que surge no final ainda do século XVIII, vai atuar não diretamente sobre os corpos, mas sobre os processos inerentes à vida, como a mortalidade, natalidade, morbidade, ela vai incidir

sobre os corpos na medida em que conformam uma população, assim tendo um caráter massificante e não individualizante. Logo a anátomo-política instaurada pelo poder disciplinar, irá dar lugar a uma biopolítica da espécie humana.

[...]a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana(FOUCAULT, 2005, p. 289).

O surgimento dessa noção de população, de um direcionamento do olhar para os fenômenos coletivos com seus efeitos econômicos e políticos, caracteriza essa nova tecnologia que é utilizada para regulamentar a vida. O poder disciplinar disciplina os corpos e a biopolítica regulamenta a vida, otimiza a vida para que se possa maximizar forças de produção, é o poder de “fazer viver e deixar morrer” em substituição do poder soberano que era o de “fazer morrer e deixar viver”.

[...] com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a “população” enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de “fazer viver”. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste no contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 2005, p. 294).

A biopolítica consiste então, no poder de regulamentar a vida, de impor formas de ser, de estar, de viver, de adoecer, de fora para dentro, complementando o poder disciplinar, que, inclusive possibilitou seu desenvolvimento e capilarização. O modelo biomédico é um instrumento operado para que se exerça esse poder de

regulamentar a vida, tendo como objeto os processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade e de morbidade. É necessário se ditar os modos de vida verticalmente, de cima para baixo, às populações para maximizar o tempo de trabalho que esses corpos podem aguentar, e impedir que sejam onerosos ao Estado ao adoecer e necessitar de tratamentos. Fazer com que vivam mais e “melhor” para aumentar as riquezas do Estado, para movimentar e alimentar o sistema capitalista em acumulação e expansão contínuas. “Fazer viver e deixar morrer” é o lema basilar da constituição do modelo biomédico.

[...]é da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder(FOUCAULT, 2005, p.292)

## 3.2 O MODELO BIOMÉDICO: UM DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO DA COLONIALIDADE

### 3.2.1 A entrada do poder disciplinar no hospital

Quando o poder disciplinar adentra o espaço do hospital, o organizando, o esquadrihando, permitindo o registro e o acúmulo de saber, é quando o poder disciplinar é posto nas mãos de médicos, “é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização”(FOUCAULT, 2014, p. 182). Em outras palavras, possibilitar que tudo que é da ordem das experiências diversas de viver, seja relegado ao âmbito dos processos médicos, medicalização é a captura da vida múltipla e multifacetada, pela racionalidade médica reducionista.

O espaço hospitalar foi medicalizado recentemente. Até o século XVIII era mantido por entidades religiosas e filantrópicas para atender aos pobres e degenerados da sociedade no momento de sua morte, para salvar suas almas e não cuidar de seus corpos, além disso, para também tirá-los das vistas das pessoas produtivas e funcionais, as protegendo da iminente ameaça que representavam os pobres e enfermos. Porém, por ser um local de grande concentração e disseminação de enfermidades, o hospital passa a ameaçar as organizações urbanas, e por isso que se inicia o processo de medicalizar o ambiente hospitalar, para manter a organização e salubridade das cidades, com vistas a reduzir os danos e o perigo que os pobres e enfermos ofereciam, “[...]o personagem ideal

do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo”(FOUCAULT, 2021, p.174).

Vale ressaltar que quando falamos em salubridade não tratamos da saúde exatamente mas da organização espacial, da base material e social que pode permitir a melhor saúde possível dos indivíduos, do controle científico-político do espaço, de uma higiene pública. No momento em que o hospital se transforma num fato médico-hospitalar, com a entrada do poder disciplinar nesse espaço, é quando deixa de ser um lugar para se morrer, para se transformar numa máquina de curar, num espaço ordenado e salubre.

Antes da inserção do poder disciplinar no hospital, assim como este não era uma lugar de promover cura, a prática médica nada tinha de hospitalar, e se dava fora desse ambiente, de forma individualista, tanto na formação dos médicos, que passava longe dos hospitais, através da transmissão de receitas, quanto na sua atuação profissional, pois não agiam sobre a doença, mas sim sobre os momentos de crise, em que deveriam observar e prever o comportamento do mal que acometia a pessoa a ser tratada.

Portanto, até meados do século XVIII, o hospital não era medicalizado e a prática médica nada tinha que a caracterizasse de hospitalar. Foucault diz que o primeiro passo para que a medicina pudesse se entranhar no ambiente hospitalar, foi a eliminação da ameaça que este representava.

Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo(FOUCAULT, 2021, p.177).

O modelo biomédico é hegemônico/colonial por constituição devido ao fato de que nasce justamente do exercício do poder estatal na instituição hospitalar, num momento de grande expansão do sistema capitalista às custas das colônias saqueadas. Os hospitais marítimos e militares, europeus, eram lugar de grande contrabando de mercadorias saqueadas dos territórios colonizados. O intuito do Estado era de eliminar essas desordens econômicas, como também evitar a propagação de doenças para as cidades, e de que os pobres e degenerados da sociedade gerem despesas, além de fazer com que se tornem corpos dóceis e produtivos.

O primeiro regulamento de hospital, que aparece no século XVII, é sobre a inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais. [...]Um tipo de hospitalização que não procura fazer do hospital um instrumento de cura, mas impedir que seja foco de desordem econômica ou médica. [...] Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade(FOUCAULT, 2021, p.177-178).

Para que essa fusão, entre a prática médica e o ambiente hospitalar pudesse ser levada a cabo, foi necessário que ocorresse a inserção da nova tecnologia política, o poder disciplinar, no hospital, como também que se modificasse o objeto de intervenção da prática médica, já que esta não tinha nada de hospitalar até então e que esse espaço era imerso em desordem, enfermidades e morte. Concomitante à entrada do poder disciplinar no hospital, a prática médica vai deixando de atuar sobre a crise para começar a atuar sobre o meio ambiente(aqui numa acepção reduzida à salubridade, de controle e observação do ar, água, temperatura, densidade de pessoas por m<sup>2</sup>, etc). Assim, a partir dessa racionalidade de uma ciência natural do espaço, da higiene pública, e do poder disciplinar entregue nas mãos dos médicos, se oportuniza a medicalização do espaço hospitalar, o início do engendramento do modelo biomédico como tal.

### 3.2.2 A domesticação da diferença e a boa distância

A antropóloga Rita Becker Lewkowicz, no texto “La ‘buena distancia’ de la aldea al hospital: la experiencia de tres mujeres mbyá guaraní con prácticas de salud biomédica”, traz relatos etnográficos, trabalhando os conceitos de domesticação da diferença e de boa distância, numa perspectiva foucaultiana da biopolítica. Nele, a autora consegue elucidar e tornar palpáveis as sutilezas quase que invisíveis da violência estrutural epistêmica, simbólica, colonial e física presentes nas práticas biomédicas invisíveis pois naturalizada no habitus biomédico.

Existe uma assimetria de poder entre a episteme biomédica e quaisquer outras epistemes, porém, a primeira é que detém os meios, as instituições para exercer e

impor sua supremacia. Em um dos relatos, é mostrado como a episteme biomédica pode até reconhecer e aceitar algumas práticas tecidas a partir de outras cosmovisões, outros sistemas de conhecimento, entretanto, desde que ela se adequem e se submetam a superioridade da voz da verdade biomédica. Justamente por essa assimetria de poder entre os saberes, é o modelo biomédico quem vai “dar a última palavra” ou deliberar da forma que lhe parecer melhor, expropriado os corpos colonizados da autonomia de decidirem sobre sua própria saúde. Por exemplo, é até permitido às mulheres mbyá guarani que tenham seus partos feitos em casa, mas quem vai decidir sobre como cortar o cordão umbilical do bebe, como quais procedimentos realizar sobre ele, serão aqueles detentores dos saberes biomédicos.

[...]una lógica de “domesticación de la diferencia”, aceptada incluso dentro de las políticas interculturales, que refleja la asimetría planteada en la superposición de un sistema de conocimiento sobre el otro. Aunque las políticas públicas de salud indígena incluyan en su discurso el reconocimiento de la ‘medicina tradicional’, nunca se llegan a cuestionar los propios parámetros de la biomedicina, basada en una lógica naturalista y biologizante. De esta manera, la medicina tradicional sólo puede ser incorporada a las políticas de salud en términos de poder ser apropiada y acomodada a la grilla conceptual y cosmológica de la biomedicina. Es por medio de la biomedicina como ontología política que se realiza la imposición de lo biológico como delimitante del cuerpo, no habiendo espacio para otras concepciones.

Se puede problematizar, de esta manera, cuanto las prácticas biomédicas pueden afectar la red de relaciones que conforma el niño y la propia salud de aquellos involucrados. Sacar al niño de su ‘comunidad de substancia’ exactamente en el momento en que acaba de nacer es como sacar un órgano de un cuerpo y puede acarrear graves riesgos para su salud y la de sus parientes. [...]el entendimiento occidental parece situar los ‘riesgos’ en otro plano (LEWKOWICZ; 2014; p. 166-167).

A domesticação da diferença é exatamente isso. Sob um discurso de reconhecimento e promoção da interculturalidade, se esconde de forma sub-reptícia, a colonialidade, a tentativa de engolir, de subjugar as epistemes divergentes ao controle biopolítico e às normatizações biomédicas. Por estarem tão naturalizadas e capilarizadas essas violências nas práticas incorporadas sem uma reflexão crítica por parte dos profissionais e estudantes de áreas biomédicas, elas se repetem dia a dia, sem que se tenha consciência de sua reprodução.

A despeito da violência experienciada no contato com o modelo biomédico, por mais contraditório que pareça, a autora aponta que essas mulheres

desejam ter acesso aos serviços biomédicos, querem a presença do Estado ali, não querem eliminar a episteme biomédica, não são vítimas. É a episteme biomédica que não é passível a conviver com outros saberes sem subjugá-los e inferiorizá-los, que não aceita se submeter a outras regras quando pisa em territórios alheios, “cuando la mujer mbyá va al hospital está aceptando las reglas de aquel mundo, pero cuando tiene al hijo en la aldea, los blancos deben respetar las reglas del mundo mbyá”(LEWKOWICZ; ano?; p.167).

O conceito de boa distância indica um caminho de uma convivência saudável e enriquecedora entre diferentes cosmovisões e epistemes, onde se costumam relações de forma horizontal, sem assimetria de poderes. Se as instituições, o discurso, às práticas, e todos os elementos verbais e não verbais que compõem esse dispositivo biopolítico da colonialidade, que é o modelo biomédico, conseguirem manter, por exemplo, “la buena distancia” das aldeias, dos territórios alheios, o modelo biomédico passaria a ser outra coisa, mais um sistema de conhecimento, e não mais um dispositivo biopolítico da colonialidade que serve à manutenção das estruturas coloniais.

### 3.3 RELATÓRIO FLEXNER: UM MARCO HISTÓRICO E REPRESENTATIVO DA HEGEMONIA BIOMÉDICA

O Relatório Flexner foi um documento encomendado pela Carnegie Foundation for Advancement of Teaching(devido ao lobby corporativo da família Rockefeller), à Abraham Flexner(1866-1959), com o intuito de estruturar e restaurar a qualidade do ensino médico nos Estados Unidos. Esse relatório foi publicado em 1910 e escrito a partir de visitas feitas a 155 escolas médicas norte-americanas, durante 180 dias do ano de 1909, e nele Flexner chega à conclusão de que apenas 31 delas poderiam seguir funcionando, enquanto todas as outras deveriam ser fechadas, incluindo escolas médicas para negros e para mulheres.

Após sua publicação, esse documento teve grandes repercussões, que seguem até hoje, na constituição do ensino da medicina científica ocidental, consolidando o modelo biomédico como o padrão de ensino validado, respeitado e aceito a nível mundial. Claro que um documento como este por si só não teria tamanho alcance sem um

financiamento substancial para propagar a episteme biomédica. Dois anos após a publicação do relatório, seu autor foi convidado a dirigir a General Education Board, organismo criado em 1902 com dinheiro doado por John D. Rockefeller, e que subsidiou universidades, na América Latina e outros territórios, para que implantassem as recomendações apontadas pelo relatório.

[...]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, [...]uns aclamam seu criador como o grande reformista e transformador da educação médica em todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado, isto é, em praticamente todo o mundo (DAROS; PAGLIOSA, 2008, p.493).

Flexner apontou problemas importantes no ensino médico da época, e alguns deles ainda persistem nos dias atuais, como o crescimento exponencial de escolas de medicina que fazem do ensino uma mercadoria em detrimento da qualidade da formação, gerando uma superpopulação de médicas e médicos sem preparo adequado. Sua principal e mais conhecida proposta, foi a de dividir o ciclo de ensino médico em dois ciclos, um básico onde se deveria aprender as “ciências básicas”(aqui entende-se as ciências naturais, como biologia, química e física), e um segundo ciclo de estudos clínicos. Poucas das escolas médicas da época estavam vinculadas a alguma faculdade ou universidade, e quando estavam, estas não se responsabilizavam pela qualidade da formação, por estabelecer um padrão, não havia padrões definidos e normatizados de ensino, como não havia vínculos entre essas instituições e hospitais. Outro problema apontado no relatório é a falta de “equipamentos bons” e laboratórios para aulas práticas que deveriam se enquadrar na episteme da medicina científica que ganhava cada vez mais espaço e poder, mundialmente.

No entanto, apesar de apontar para problemas muito relevantes no que diz respeito à formação médica, com a sua proposta e influência para implantar um padrão global de ensino médico, ele acabou por catalisar a dispersão e a consolidação de um processo que já estava em curso desde o século XVIII: a constituição do modelo biomédico. Com forte caráter positivista, biologicista, centrado no hospital e na doença, essa perspectiva de uma ciência reducionista, herdada do iluminismo, que enxerga

somente o conhecimento científico como válido e capaz de dar conta de todas dimensões da complexidade do viver, vai se institucionalizando, ganhando força e poder para se impor e se sobrepor a toda e qualquer episteme outra que não se encaixasse dentro dessa forma científica.

[...]a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos[...]Nas palavras do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. [...]Os hospitais se transformaram na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades(DA ROS, PAGLIOSA, 2008; p.).

A partir dessas visitas tão breves, em um curto período, a tantas instituições, Flexner tirou suas conclusões sobre a qualidade do ensino médico em cada uma. Em seu próprio relatório ele afirma que basta uma olhada rápida de alguém experiente para saber se uma escola médica é boa ou não, se pode seguir formando médicos ou não(FLEXNER; 1910). E com seu veredito, suas impressões e opiniões a respeito das escolas visitadas, várias delas entraram em ruínas depois, foram fechadas, perderam a creditação pública, o prestígio, e com isso se silenciaram várias vozes, vários outros sistemas de conhecimentos sobre o processo de saúde/doença/cuidado.

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, por meio de “uma volta pelos laboratórios” “em umas poucas horas” e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero “passeio de mãos nos bolsos” pelo local avaliado . Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX(DA ROS, PAGLIOSA, 2008; p.).

Dentre elas, as vozes de mulheres, as vozes dos negros, também foram

apagadas através do fechamento de suas escolas. No documento ele apresenta uma tabela(segue abaixo) com a variação por ano, em 6 anos seguidos, do número de escolas mistas, que aceitam homens e mulheres(variando nesses anos entre 88 e 97 instituições), também o número daquelas destinadas somente para mulheres(que se manteve fixo, sendo apenas 3), o número de estudantes mulheres e o de formadas. No primeiro ano avaliado, 21% das mulheres que entraram em instituições mistas de ensino médico, se graduaram, no último, 17%. Já no primeiro ano avaliado daquelas que só aceitavam mulheres, 31% delas se formaram, e no último 19%.

<i>Year</i>	<i>Number of Coeducational Medical Schools</i>	<i>Number of Women Students</i>		<i>Number of Women Graduates</i>
1904	97	946	21%	198
1905	96	852		165
1906	90	706		200
1907	86	718		172
1908	88	649		139
1909	91	752	17%	129
<i>Year</i>	<i>Women's Medical Schools</i>	<i>Number of Students</i>		<i>Number of Graduates</i>
1904	3	183	31%	56
1905	3	221		54
1906	3	189		33
1907	3	210		39
1908	3	186		46
1909	3	169	19%	33
<b>COMBINED</b>				
<i>Year</i>	<i>Number of Schools</i>	<i>Number of Women Students</i>		<i>Number of Women Graduates</i>
1904	100	1129	22%	254
1905	99	1073		219
1906	93	895		233
1907	89	928		211
1908	91	835		185
1909	94	921	17%	162

Tabela 1 - Número de escolas médicas nas quais mulheres eram admitidas (FLEXNER, 1910, p. 178). [Porcentagens adicionadas por mim].

Logo após essa tabela Flexner segue com sua interpretação dos dados:

Agora que as mulheres são livremente admitidas na profissão médica, **é evidente que mostram uma inclinação cada vez menor para ingressar nela**. Mais escolas em todas as seções estão abertas para elas; menos frequentam e menos se formam. É verdade que as escolas médicas de modo geral diminuiram; mas como as oportunidades das mulheres aumentaram, não diminuiram, e num período durante o qual os requisitos de admissão, até onde lhes diz respeito, não

se alteraram materialmente, o seu número de matrículas deveria ter aumentado, **se houvesse uma forte procura de médicas ou qualquer forte desejo insatisfeito por parte das mulheres de ingressar na profissão**. Falta uma ou outra destas condições – talvez ambas (FLEXNER, 1910, p. 178-179). Tradução livre<sup>4</sup>. Grifos meus.

Primeiro, Flexner assume com toda firmeza, de quem detém a verdade, que o declínio no contingente de estudantes advém do desinteresse pela área, por parte das mulheres, já que passaram a ser livremente admitidas na profissão médica, como se por capricho não quisessem mais ocupar tal lugar quando o conseguiram conquistar, sem questionar as infundáveis variáveis sociais das macro e micro estruturas que poderiam influenciar nesse decréscimo. Logo ele afirma que não há grande demanda por médicas mulheres, nem evidências de seu desejo por entrar na profissão, como também que as justificativas para a existência de escolas destinadas somente as mulheres, são fracas, sem ao menos mencioná-las.

O autor, na sequência, usa o argumento de que 80% do total de estudantes de medicina estiveram em instituições mistas, para mostrar o quão desnecessárias as escolas femininas seriam. No entanto, só consegue considerar o quantitativo de estudantes, sem considerar que se só haviam 3 escolas unicamente destinadas a mulheres, é claro que abrigariam uma quantia bem menor de alunas em comparação a 90 escolas mistas. Além disso, desconsidera o fato de que proporcionalmente ao número de estudantes, mais mulheres conseguiam se formar nas escolas destinadas somente a elas. Nessas duas páginas, das 364, de seu relatório, destinadas a “avaliação” do ensino médico para mulheres (lembrando aqui que as mulheres racializadas são consideradas pelo olhar colonial como fêmeas e não mulheres, de forma que parece que nem é considerada a possibilidade de que mulheres não brancas possam estar nessas escolas), ele termina dizendo que o gasto com a formação médica de mulheres, seria de mais utilidade se fosse destinado às instituições mistas, se os homens se beneficiassem desse investimento também.

---

<sup>4</sup> Texto original: “Now that women are freely admitted to the medical profession, it is clear that they show a decreasing inclination to enter it. More schools in all sections are open to them; fewer attend and fewer graduate. True enough, medical schools generally have shrunk; but as the opportunities of women have increased, not decreased, and within a period during which entrance requirements have, so far as they are concerned, not materially altered, their enrolment should have augmented, if there is any strong demand for women physicians or any strong ungratified desire on the part of women to enter the profession. One or the other of these conditions is lacking, - perhaps both”.

Se é sensato ou necessário dotar escolas médicas separadas para mulheres é um problema sobre o qual os números utilizados esclarecem. Em primeiro lugar, **oitenta por cento das mulheres que estudaram medicina nos últimos seis anos frequentaram instituições mistas**. Nenhuma das três faculdades de medicina para mulheres atualmente existentes pode ser suficientemente fortalecida sem um enorme esforço. Os motivos pelos quais em outros lugares recomendam a separação dos sexos pareceriam desprovidos de força, sendo feitas todas as concessões possíveis às condições especiais e um tanto penosas envolvidas. Dada a necessidade geral de um apoio mais liberal às escolas médicas, **pareceria que grandes somas, na medida em que estivessem especialmente disponíveis para a educação médica das mulheres, seriam mais eficazes se fossem utilizadas para desenvolver instituições mistas, nas quais os seus benefícios seriam partilhados pelos homens sem perdas para estudantes mulheres**; mas, deve acrescentar-se, se não se pretende desenvolver escolas médicas e hospitais separados para as mulheres, os privilégios internos devem ser concedidos às mulheres graduandas nas mesmas condições que aos homens (FLEXNER, 1910, p. 179). Tradução livre<sup>5</sup>. Grifos meus.

Seguindo nas duas páginas seguintes, ele avalia a formação médica para negros. Nesse trecho ele começa dizendo que “o cuidado médico da raça negra nunca será deixado inteiramente na reponsabilidade de médicos negros”(FLEXNER; 1910; p.179). Ou seja, que as pessoas negras não devem ter autonomia sobre os próprios corpos, além de afirmar também que a prática médica exercida por médicos negros deve se restringir a sua própria “raça”<sup>6</sup>. Porém, ele concorda com a necessidade de que hajam médicos negros bem formados, mas com a justificativa de que, por estarem em contato com milhões de brancos e suas doenças podendo ameaçar o bem estar da população branca, em suas palavras, “o negro deve ser educado não apenas para seu próprio bem mas para o nosso”.

---

<sup>5</sup> Texto original: “Whether it is either wise or necessary to endow separate medical schools for women is a problem on which the figures used throw light. In the first place, eighty percent of women who have in the last six years studied medicine have attended coeducational institutions. None of the three women’s medical colleges now existing can be sufficiently strengthened without an enormous outlay. The motives which elsewhere recommend separation of the sexes would appear to be without force, all possible allowance being made for the special and somewhat trying conditions involved. In the general need of more liberal support for medical schools, it would appear that large sums, as far as specially available for the medical education of women, would accomplish most if used to develop coeducational institutions, in which their benefits would be shared by men without loss to women students; but, it must be added, if separate medical schools and hospitals are not to be developed for women, interne privileges must be granted to women graduates on the same terms as to men”.

<sup>6</sup> Ressalto aqui que quando o relatório fala de pessoas negras está implícito que são homens negros, ou seja, mulheres negras não são consideradas como possível médicas. Então, o relatório confirma o que diz Maria Lugones com o conceito de Sistema Moderno/Colonial de Gênero, sobre como as categoriais branquitude e negritude inviabilizam a existência das mulheres negras, o que reafirma a importância de uma análise que seja interseccional, como abordado no item 2.2.1 da seção anterior.

A premissa dessa justificativa é a de que o bem estar da população negra deve servir em benefício da branquitude, como podemos ver no seguinte trecho:

Os cuidados médicos da raça negra nunca serão inteiramente deixados aos médicos negros. No entanto, se o negro puder ser levado a sentir uma forte responsabilidade pela integridade física do seu povo, as perspectivas para o seu desenvolvimento mental e moral serão nitidamente melhoradas. **A prática do médico negro será limitada à sua própria raça, que por sua vez será melhor cuidada pelos bons médicos negros do que por médicos brancos ruins. Mas o bem-estar físico do negro não é importante apenas para o próprio negro. Dez milhões deles vivem em contato próximo com sessenta milhões de brancos.** Não só o próprio negro sofre de ancilostomíase e tuberculose; ele as comunica aos seus vizinhos brancos, assim como o branco ignorante e desafortunado o contamina. A autoproteção, não menos que a humanidade, oferece importante assessoria neste assunto; o interesse próprio favorece a filantropia. **O negro deve ser educado não só para o seu bem, mas para o nosso.** Ele é, até onde o olho humano pode ver, um fator permanente na nação. Ele tem os seus direitos, o que lhe é devido e o seu valor como indivíduo; mas ele tem, além disso, **a tremenda importância que lhe cabe como fonte potencial de infecção e contágio** (FLEXNER, 1910, p. 180). Tradução livre<sup>7</sup>. Grifos meus.

Seguindo nessa lógica, ele constata que a presença da população negra será um fator permanente para a nação, reconhecendo que os negros tem direitos, deveres e valor como indivíduos, mas destacando o fato de que sua maior importância advém de seu grande potencial como fonte de infecção e contágio de doenças. Com essas afirmações, Flexner desumaniza completamente a população negra.

"A raça negra" deve atuar na área da higiene, e em nenhuma outra, segundo Flexner. E se médicos e enfermeiras negros só podem também cuidar de corpos negros e brancos pobres, isso quer dizer que a única questão de saúde a ser tratada nessa população, é aquela que tem interesse para população branca, não importa se eles têm outros problemas de saúde. Com isso, deixa subentendido que a questão da higiene é um problema somente da população negra e pobre, associando sujeira e doenças a ela. Além

---

<sup>7</sup> Texto original: "The medical care of the negro race will never be wholly left to negro physicians. Nevertheless, if the negro can be brought to feel a sharp responsibility for the physical integrity of his people, the outlook for their mental and moral improvement will be distinctly brightened. The practice of the negro physician will be limited to his own race, which in its turn will be cared for better by good negro physicians than by poor white ones. But the physical well-being of the negro is not only of moment to the negro himself. Ten million of them live in close contact with sixty million whites. Not only does the negro himself suffer from hookworm and tuberculosis; he communicates them to his white neighbors, precisely as the ignorant and unfortunate white contaminates him. Self-protection not less than humanity offers weighty counsel in this matter; self-interest seconds philanthropy. The negro must be educated not only for his sake, but for ours. He is, as far as the human eye can see, a permanent factor in the nation. He has his rights and due and value as an individual; but he has, besides, the tremendous importance that belongs to a potential source of infection and contagion".

disso, o autor se utiliza do termo perigoso (como podemos ver na citação a seguir), para se referir aos médicos negros sem treino adequado e com título de doutor, no entanto, apesar de criticar em todo relatório os médicos não treinados de forma geral, ele não usou em nenhum momento o termo perigoso como adjetivo para se referir aos médicos brancos mal educados em sua formação médica. O perigo a que ele se refere, é o perigo que pode ameaçar o bem estar da branquitude. Ao dizer que esses médicos negros devem se afastar das grandes cidades, ele os relega às periferias, para que saiam das vistas dos brancos, numa perspectiva extremamente higienista.

**O trabalho pioneiro em educar a raça para conhecer e praticar os princípios higiênicos fundamentais deve ser feito em grande parte pelo médico negro e pela enfermeira negra.** É importante que ambos sejam sensíveis e eficazmente treinados no nível em que os seus serviços são importantes agora. **O negro talvez seja mais facilmente “aceito” do que o branco; e como seus meios de se livrar de um erro são limitados,** é ainda mais cruel abusar de sua ignorância através de qualquer tipo de pretensão. Um sanitariano negro bem ensinado será imensamente útil; **um negro essencialmente destreinado e com diploma de M.D. é perigoso.**

O faz de conta na questão das escolas médicas negras é, portanto, intolerável. Mesmo a boa intenção pouco ajuda a mudar seu aspecto. O negro precisa de boas escolas em vez de muitas escolas, - escolas para as quais **os mais promissores da raça possam ser enviados para receber uma educação substancial na qual a higiene em vez da cirurgia, por exemplo, seja fortemente acentuada.** Se, ao mesmo tempo, estes homens puderem ser imbuídos do espírito missionário, de modo a considerarem o diploma como uma comissão para servir o seu povo com humildade e devoção, poderão desempenhar um papel importante no saneamento e na civilização de toda a nação. **Seu dever os afasta das grandes cidades em direção às aldeias e às plantações,** onde a luz ainda mal começou a brilhar (FLEXNER, 1910, p. 180). Tradução livre<sup>8</sup>. Grifos meus.

As opiniões rasas e infundadas de um único avaliador não poderiam

---

<sup>8</sup> Texto original: “The pioneer work in educating the race to know and to practise fundamental hygienic principles must be done largely by the negro doctor and the negro nurse. It is important that they both be sensibly and effectively trained at the level at which their services are now important. The negro is perhaps more easily “taken in” than the white; and as his means of extricating himself from a blunder are limited, it is all the more cruel to abuse his ignorance through any sort of pretense. A well-taught negro sanitarian will be immensely useful; an essentially untrained negro wearing an M.D. degree is dangerous.

Make-believe in the matter of negro medical schools is therefore intolerable. Even good intentions help but little to change their aspect. The negro needs good schools rather than many schools - schools to which the more promising of the race can be sent to receive a substantial education in which hygiene rather than surgery, for example, is strongly accentuated. If at the same time these men can be imbued with the missionary spirit so that they will look upon the diploma as a commission to serve their people humbly and devotedly, they may play an important part in the sanitation and civilization of the whole nation. Their duty calls them away from large cities to the village and the plantation, upon which light has hardly as yet begun to break”.

ganhar tamanha repercussão e influência a nível global se este não ocupasse um lugar de grande poder, se não tivesse o respaldo financeiro de instituições e “corporações filantrópicas” como a Carnegie Foundation, a General Board e a Rockefeller Foundation, se não operasse na lógica hegemônica em benefício do grande capital e da branquitude. Esse financiamento possibilitou que o modelo biomédico fosse mais rapidamente implementado e imposto no território da América Latina, logo se espalhando mundialmente, ou seja, um dispositivo a mais para servir em benefício do projeto iniciado com a colonização, para atualizar os mecanismos de manutenção de poder hegemônico.

A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”. Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades(DA RÔS, PAGLIOSA, 2008, p.).

Devido a tamanha influência e repercussão que teve esse documento, se costuma usar o termo modelo flexneriano como sinônimo de modelo biomédico, como se Flexner fosse responsável pela sua criação e constituição de sua hegemonia. Porém, como vimos anteriormente, esse modelo começou a se desenhar bem antes da publicação deste relatório, ainda que tenha se disseminado muito mais rapidamente após dele. O Relatório Flexner não criou o modelo biomédico, mas sim, representa um importante marco histórico e representativo da hegemonia e do poder biomédico, e foi essencial para catalisar esse processo de imposição de tal modelo universalmente. Na próxima seção, discutirei um pouco mais sobre os trechos analisados aqui, os contrastando com os conceitos trabalhados ao longo desta monografia.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi tecido a partir de um grande incômodo meu, compreender como se constituiu a hegemonia do modelo biomédico, como ela se mantém, qual sua faceta oculta, o que esconde. Para isso, tracei como objetivo tecer a relação estrutural entre colonialidade e esse processo de constituição do modelo biomédico.

Para tanto, durante a segunda parte desta monografia vimos o que é a colonialidade, como ela perpetua o padrão de dominação instaurado pelo processo de colonização, através de adaptações às mudanças sociais, sempre refinando e atualizando seus dispositivos para manter a hegemonia daqueles que detêm o poder. Na sequência apresentei brevemente o surgimento da decolonialidade enquanto conceito, criado por um grupo de intelectuais latino americanos que compuseram o movimento de um giro decolonial, formando uma contra proposta epistemológica, teórica e política à colonialidade, reivindicando seu lugar de enunciação.

Então foram apresentados alguns conceitos do paradigma decolonial como, o Sistema Moderno/Colonial de Gênero, que nos explica que o surgimento da modernidade é indissociável da colonialidade(sua face oculta), assim como não poderia existir sem a racialização dos povos nem sem a concepção europeia patriarcal de gênero. A colonialidade do poder, um poder de caráter mundial, capitalista e eurocentrado, exercido através da instauração da categoria raça, a colonialidade do saber, um desdobramento da anterior, que diz respeito da naturalização da assimetria entre os sistemas de conhecimento dos brancos e não brancos, tratando os primeiros como superiores e os segundos como inferiores.

Em seguida vimos o conceito de hybris do ponto zero, que se refere a uma pretensão de universalidade, onipresença e onipotência, um não lugar de observação imparcial e asséptico. Depois, os conceitos de negação da simultaneidade, que nos mostra como o projeto iluminista se sustentou na hipótese de que diferentes sociedades, por mais que vivam concomitantemente em distintos espaços geográficos, algumas não serão consideradas simultâneas em relação ao tempo em que vivem. O de tempo panóptico, que diz respeito ao consumo da imagem da evolução global num golpe de vista, e como consequência deste, se cria o espaço anacrônico que é a invenção do arcaico, para onde são relegados os corpos colonizados.

Adentrando a terceira parte deste trabalho, retomamos os conceitos

foucaultianos de dispositivo, que é a rede que se pode estabelecer entre uma diversidade de elementos discursivos e não discursivos que vão sustentar e serem sustentados por determinados tipos de saber; de poder disciplinar, uma ferramenta universal para ordenar espacialmente e individualizar os corpos para se produzir mais e melhor; e o de biopolítica, que ao contrário do anterior é de caráter massificante, um instrumento de poder exercido para regulamentar a vida.

Na sequência, enfocamos na entrada do poder disciplinar no ambiente do hospital, o que permitiu sua medicalização como também a consolidação do modelo biomédico, que por constituição é hegemônico pois nasce como dispositivo da colonialidade. Posteriormente vimos os conceitos de domesticação da diferença, que fala de formas de subjugar epistemes, culturas diferentes, sob uma falsa exaltação da diversidade; e de boa distancia, que concerne a uma relação de horizontalidade entre diferentes sistemas de conhecimento, em contraposição a assimetria colonial que valoriza um e inferioriza todos os outros.

Com a entrada do poder disciplinar no hospital e com a consequente medicalização desse espaço, foi possível organizar e esquadrihar cada canto hospitalar para torná-los mais salubres e reduzir o risco que ofereciam as cidades, para transformá-los em máquina de curar, ao invés de lugar para se morrer (pobres e “degenerados”). A entrada dessa tecnologia política foi essencial para que a fusão entre a prática médica e o hospital pudesse ser levada a cabo. O poder disciplinar foi entregue pelo Estado nas mãos dos médicos o que ajudou a preparar o território para o desenvolvimento de uma tecnologia política complementar, mas em outra dimensão de controle e poder, a biopolítica, a regulamentação sobre a vida como um todo, sobre a população, a partir das taxas de mortalidade, natalidade, morbidade, etc.

Por último, apresentei um pouco do Relatório Flexner, que é um marco essencial e representativo da hegemonia do modelo biomédico. Vimos como este documento influenciou, a nível global, todo o ensino das formações médicas e conseqüentemente todas as outras não médicas mas também biomédicas, pois são, na hierarquia das profissões da área da saúde, subalternizadas a profissão médica.

Essa supremacia do modelo biomédico, se edificou em cima da pretensa superioridade do saber científico perante as outras epistemes e culturas, ela é fruto da colonialidade do poder e conseqüentemente da colonialidade do saber, que estiveram e estão a serviço da consolidação do Estado Moderno, da manutenção das relações coloniais de dominação e subalternização.

A biomedicina, que especialmente nos diz respeito e estrutura epistemologicamente nosso campo e áreas de atuação, é parte constitutiva da ciência ocidental moderna, que se beneficiou, e parte dela segue se beneficiando, de experimentações de base colonial. A biomedicina é indissociável da conformação da ciência e do Estado moderno europeus, seja através da produção de saberes, da manutenção da força de trabalho e do processo de colonização (expropriação de sujeitos, culturas e territórios). [...]A hegemonia da razão moderna sobre as demais epistemologias se dá pela emergência de uma concepção a-histórica do processo de construção do conhecimento científico e do apagamento e subalternização das demais formas de conhecimento – o epistemicídio – que inferioriza ou mesmo destrói as demais formas de saberes em nome do processo de dominação e da produção de verdades.(GONÇALVES, 2018, p.165).

Abraham Flexner, conseguiu através de seu relatório catalisar a implementação de um padrão mundial de ensino biomédico graças a hybris do ponto zero herdada do projeto iluminista. Se não fosse a premissa iluminista de que existe um lugar de observação (que na verdade é um não-lugar, pois não assume que precisa de um local para se enunciar), que não pode ser observado de nenhum outro, nem representado, pois é onipresente e, portanto, invisível, que é o detentor da produção de verdades universais, não haveriam as condições propícias à disseminação e imposição de um modelo detentor do único discurso considerado válido e com poder para de impor perante outros.

[...]una vez instaladas en el punto cero, las ciencias del hombre construyen un discurso sobre la historia y la naturaleza humana en la que los pueblos colonizados por Europa aparecen en el nivel más bajo de la escala de desarrollo, mientras que la economía de mercado, la nueva ciencia y las instituciones políticas modernas son presentadas, respectivamente, como fin último (telos) de la evolución social, cognitiva y moral de la humanidad(CASTRO-GÓMEZ, 2005, p.42).

Os conceitos de tempo panóptico e espaço anacrônico, nos indicam caminhos para compreender melhor como foi possível que Flexner, em sua visita a 155 instituições de ensino médico, das quais julgou que apenas 20% tinham condições de seguir funcionando, fizesse uma avaliação contundente a partir de tão rápidos passeios pelas instalações dessas escolas, afirmando que alguém com sua experiência poderia num olhar rápido verificar a qualidade de ensino desses locais. Com o Darwinismo social, a ideia de que a evolução das sociedades segue uma mesma sequência de etapas de forma linear e ascendente em direção ao progresso e a modernidade, se desenvolve a possibilidade de consumir num golpe de vista toda evolução humana, um tempo

panóptico. Perspectiva dentro da qual a classificação de quem é do que está dentro ou fora da modernidade é óbvia. Aquelas escolas que, por exemplo, não estavam no mesmo estágio evolutivo europeu, ou seja, não tinham os mesmos aparatos, laboratórios, organização espacial e do corpo docente, eram relegadas rapidamente, num golpe de vista, ao espaço anacrônico, pois não habitavam a modernidade.

A partir do conceito de Sistema de Gênero Moderno/Colonial, podemos também compreender melhor, como as estruturas basilares da colonialidade, o racismo e a desigualdade de gênero, também são estruturas constituintes das bases epistemológicas do modelo biomédico. Para Flexner, as escolas de mulheres e de negros deveriam ser fechadas, porque esses corpos também são relegados ao espaço anacrônico por sua suposta inferioridade, estão fora da modernidade. É importante retomar que para Lugones, os povos racializados foram desumanizados, é por isso que ela fala no em um lado “iluminado” e outro “obscuro” da colonialidade de gênero: o primeiro é a desigualdade entre homens brancos e mulheres brancas, o outro é a desigualdade entre humanos e não humanos. Então as mulheres brancas são vistas como inferiores aos homens brancos, são vistas como débeis e frágeis, mas ainda são vistas como humanas, ao contrário das mulheres negras, que são expropriadas de sua humanidade e consideradas fêmeas, como podemos observar na citação abaixo..

Esse sistema de gênero se consolidou com o avanço do(s) projeto(s) colonial(ais) da Europa. Ele começa a tomar forma durante o período das aventuras coloniais da Espanha e de Portugal e se consolida na modernidade tardia. O sistema de gênero tem um lado visível/iluminado e um oculto/obscuro. O lado visível/iluminado constrói hegemonicamente o gênero e as relações de gênero. Ele organiza apenas as vidas de homens e mulheres brancos e burgueses, mas dá forma ao significado colonial/moderno de “homem” e “mulher”. A pureza e a passividade sexual são características cruciais das fêmeas burguesas brancas, que são reprodutoras da classe e da posição racial e colonial dos homens brancos burgueses. Mas tão importante quanto sua função reprodutora da propriedade e da raça é a exclusão das mulheres burguesas brancas da esfera da autoridade coletiva, da produção do conhecimento e de quase toda possibilidade de controle dos meios de produção.

[..]O lado oculto/obscuro do sistema de gênero foi e é totalmente violento. Começamos a entender a redução profunda dos anamachos, as anafêmeas<sup>9</sup> e as pessoas do “terceiro gênero”. De sua participação ubíqua em rituais, processos de tomada de decisão e na economia précolonial, foram reduzidos à animalidade, ao sexo forçado com os colonizadores brancos e a uma exploração laboral tão profunda que, no mínimo, os levou a trabalhar até a morte” (LUGONES, 2020, p. 31-32).

---

<sup>9</sup> Anafêmeas e anamachos correspondem aos termos iorubás obinrin e okunrin, respectivamente. Porém não correspondem aos termos fêmea/mulher e macho/homem, dizem respeito a uma diferença anatômica somente, não se opondo de forma binária como acontece na visão ocidental e colonial de gênero.

Dentro dessa perspectiva, também quando Flexner afirma a importância da boa educação médica para negros, mas a condiciona ao bem estar dos brancos, ele os está desumanizando, é uma forma de domesticar a diferença sob o manto da tolerância à diversidade, que não se baseia em um respeito horizontal, mas sim no ato de colonizar, de subjugar, de promover epistemicídios, aceitando o diferente somente se este se adequar aos preceitos da branquitude e a sirva de benefícios, o relegando a um lugar verticalmente abaixo e inferior..

Claro que devemos considerar o recorte temporal, sócio-histórico, da avaliação de Flexner sobre as escolas de mulheres e de negros. Hoje, tais afirmações tão explícitas seriam criminosas e repudiadas, porém esses elementos da colonialidade, seguem vivos, mas através de dispositivos que foram se sofisticando, se refinando. Sabemos que, hoje, a grande maioria das pessoas que entram na formação médica, são parte da elite branca ainda<sup>10</sup>, sabemos que os que têm menos acesso aos serviços de saúde, os que morrem mais(os deixados para morrer, lembrando as palavras de Foucault), são aqueles corpos colonizados, não brancos, que a violência obstétrica violenta muitas mulheres, principalmente as racializadas<sup>11</sup>... As afirmações de Flexner hoje, são absurdas, porém, as bases epistemológicas que o permitiu fazê-las seguem sendo estruturas basilares de quase todos os espaços e práticas que compõem o modelo biomédico, dispositivo biopolítico da colonialidade.

Tendo em vista tudo que foi tecido até aqui, muitos são os indícios de que o modelo biomédico é um dispositivo biopolítico da colonialidade, que a constituição do modelo biomédico, discurso detentor da medicina científica, do saber específico, da verdade, habitante do ponto zero, da modernidade, do progresso, foi possibilitada pela entrada do poder disciplinar no ambiente hospitalar, a serviço de um projeto que se iniciou com a colonização, da colonialidade, a face oculta do modelo biomédico. Não tenho pretensão nenhuma de esgotar essa temática tão complexa e cheia de nuances, lacunas e invisibilidades, aqui nesta monografia, mas apontar sua ausência nas discussões do curso de Saúde Coletiva, contribuir com uma discussão que precisa ser aprofundada,

---

<sup>10</sup> Como podemos ver nos dados obtidos a partir dos questionários socioeconômicos do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) de 2019, 81% das(os) estudantes de medicina eram sustentados pela família ou conhecidos, 63,8% tinham renda familiar superior a R\$ 5.700,00, e quase 70% se autodeclarou branca (G1, 2020).

<sup>11</sup> Segundo dados publicados no site da ABRASCO, mulheres negras têm 50% mais chance de não receber anestesia na hora do parto, por exemplo, elas ainda correm mais risco de não ter acesso ao pré-natal de forma adequada, fazendo menos consultas que o indicado pelo MS, peregrinando entre maternidades na busca de um hospital para dar a luz e na maioria das vezes estão sozinhas (ABRASCO, 2020).

estudada e se fazer mais presente na área da saúde se quisermos realmente fazer com que SUS funcione na prática alinhado integralmente com o que dizem seus princípios. Um dos trabalhos mais essenciais que precisamos nos debruçar, é o trabalho no nível da micropolítica, epistemológico.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. Disponível em: <https://abrasco.org.br/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/>. Acesso em 08 de outubro de 2023
- BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista brasileira de ciência política**, p. 89-117, 2013.
- MELLO, Maristela. DA FÁBRICA AO ATELIÊ: EM BUSCA DE PROCESSOS DE ESCRITA CRIATIVA. Não publicado.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Biopolíticas imperiales. Nuevos significados de la salud y la enfermedad en la Nueva Granada (1750-1810). **Pensar el siglo XIX. Cultura, biopolítica y modernidad en Colombia. Biblioteca de América, Pittsburgh**, p. 53-103, 2004.
- COLLINS, Patricia Hill. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. **Reflexões e práticas de transformação feminista. São Paulo: SOF**, p. 13-42, 2015.
- DE LAVOR, Adriano. No centro da emergência, conheça o trabalho de resposta à crise de desassistência vivida pelo povo yanomami. **RADIS**, Rio de Janeiro, n° 247, p. 10, Abril de 2023.
- EDUCACAO, G1. Enade: 80% dos formandos de medicina são bancados pela família, e 70% se declaram brancos. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/10/20/enade-80percent-dos-formandos-de-medicina-sao-banca-dos-pela-familia-e-70percent-se-declaram-brancos.ghtml>. Acesso em 08 de outubro de 2023.
- SCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Editora Fiocruz, 1999.
- FIOCRUZ, Museu da Vida. Museológico. Disponível em: <https://www.museudavida.fiocruz.br/index.php/museologico>. Acesso em 04 de abril de 2023.
- FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada, a Report to Carnegie Foundation for the advancement of teaching by Abraham Flexner. 1° ed. New York: Carnegie Foundation, 1910.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 11° ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.
- \_\_\_\_\_, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão (R. Ramallete, Trad.). **Petrópolis, RJ: Vozes**, 1999.
- \_\_\_\_\_, Michel; GALVÃO, Maria Ermantina. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. 2005.
- FREITAS, Celma. A prática em Bourdieu. **Revista Científica FacMais**, v. 1, n. 1, p. 5-22, 2012.
- FREITAS, Lorena Rodrigues Tavares de. Desumanização, reconhecimento e resistência na América Latina e Caribe: uma articulação entre a teoria da precariedade de Judith Butler e o feminismo decolonial de María Lugones. **Revista Debates Insubmissos**, Ano 3, v.3, nº 11, set./dez. 2020. ISSN: 2595-2803
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.
- GONÇALVES, Leandro Augusto Pires et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades-uma (não) agenda?. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 160-174, 2020.
- LANDER, Edgardo. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. **A colonialidade do saber:**

**eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO**, p. 8-23, 2005.

LEWKOWICZ, Rita. Entre a aldeia e o hospital: etnografia sobre o parto entre mulheres Mbyá-Guarani. In: **XI Congresso Argentino de Antropología Social**. 2014.

LUGONES, María. Colonialidad y género. **Tabula rasa**, n. 09, p. 73-101, 2008.

\_\_\_\_\_, María. Colonialidad y género. **H. Cairo & R. Grosfoguel, Descolonizar la modernidad, descolonizar Europa, Madrid: IEPALA**, 2010.

\_\_\_\_\_, María; HOLLANDA, Heloisa Buarque de. Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. 2020.

MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**, v. 2, p. 27-53, 2018.

MCCLINTOCK, Anne. Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial. **Campinas: Editora da Unicamp**, 2010.

MIGLIEVICH-RIBEIRO, Adelia. A virada conceitual pós-colonial: panorama, especificidades e possíveis contribuições às teorias sociais. **38º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, GT**, v. 40, p. 1-27, 2014.

MOTA NETO, João Colares da. Por uma pedagogia decolonial na América Latina: reflexões em torno do pensamento de Paulo Freire e Orlando Fals Borda. 1º ed. Curitiba: CRVN 2016.

NUNES, Everardo Duarte. Cem anos do relatório Flexner. 2010.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, p. 492-499, 2008.

QUIJANO, Aníbal et al. **Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina**. Buenos Aires: clacso, 2000.