

TÍTULO

ENTRE O CUIDADO E A EXCLUSÃO: UMA REFLEXÃO SOBRE O
CAPACITISMO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE E REABILITAÇÃO

AUTOR

Juliana Caetano Pinto

PALAVRAS-CHAVE

Capacitismo, Pessoa com deficiência, reabilitação, profissionais de saúde

RESUMO

Até o século XIX, as Pessoas com Deficiência tinham sua condição associadas a narrativas religiosas que associavam a sua condição ao pecado ou ira divina – discurso este posteriormente substituído pelo modelo biomédico. Este modelo descreve estes corpos através de lesões ou doenças, como desvantagens indesejáveis e que necessitam de correção, seja pela genética, práticas médicas ou pela reabilitação. Nesta ótica, a deficiência é a causa principal da desigualdade e desvantagens vivenciadas por estas pessoas. Assim, o corpo com deficiência é visto como uma expectativa de adequação destes sujeitos e como um preceito de adequação às normas sociais. Por esta perspectiva, torna-se justificado todas as intervenções ao corpo, incluindo políticas eugenistas de esterilização até as práticas de reabilitação, que visam o desenvolvimento das estruturas orgânicas com o objetivo de correção, sempre visando os corpos deficientes como produtivos e, portanto, inclusivos no sistema político-econômico e social. O capacitismo mostra-se enraizado nos saberes biomédicos, construindo um ideal de normatividade corporal ideal para a manutenção do sistema econômico. Isto pode ser observado também nas práticas dos centros de reabilitação no Brasil. Estes centros foram criados com conceitos capitalistas importados dos Estados Unidos e Europa, mostrando-se como projetos de caridade. Ainda hoje, vinculamos o corpo a um diagnóstico,

excluindo a singularidade do sujeito e reforçando conceitos capacitistas. Isso pode ser observado em diferentes variáveis dentro das práticas de saúde, desde o uso de voz infantilizada, a crença de que o profissional é o detentor do saber especializado, o controle sobre a vida do outro e a visão de que estes sujeitos são objetos de caridade em posição de subordinação social e econômica. O modelo biomédico tem sido contestado pelo modelo social, que reconhece que a opressão das Pessoas com Deficiência se dá pela cultura excludente destes corpos, e traz instrumentos para a transformação social e garantia de direitos. Compreendemos, portanto, a necessidade de refletirmos como se dá o processo de formação dos profissionais de saúde e nos conceitos das ações de reabilitação, pensando em estratégias para combate ao capacitismo nas práticas de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral: Refletir como o conceito biomédico ainda se faz presente nas práticas de saúde.

Objetivo específico: Compreender de que modo as práticas capacitistas estão inseridas nos centros de reabilitação e como vislumbrar um processo de mudança.

REFERÊNCIAS METODOLÓGICAS

Segundo Barbosa (2009), até os anos 1970 o modelo biomédico foi um condutor das ações do campo da deficiência, tendo como principal objetivo sua normalização, que foi reforçada com os saberes biomédicos que explicavam a deficiência com base na embriologia e na genética, trazendo então soluções para tais características através da cirurgia ou reabilitação – isto tanto no campo da saúde quanto nas práticas educacionais. Na impossibilidade de cura ou tratamento, estas práticas favoreciam a falsa aparência de normalidade destes corpos, ainda os descrevendo como incapazes e com necessidade de controle pelo poder médico. Este cenário começou a sofrer mudanças pela urgência do modelo social da deficiência, que traz o conceito de aproximação da deficiência

à outras modos de opressão, como a desigualdade de classe, sexismo e racismo. Um dos primeiros avanços neste sentido foi o rompimento com instituições que encarceravam os sujeitos com limitação motora ou cognitiva, garantindo “o direito de estar no mundo” (p. 379). O modelo social afirma que a exclusão destes sujeitos não está pautada apenas nas limitações corporais, e sim das barreiras sociais. Em 2009, com adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o conceito de definição de deficiência passou a ser avaliado com base na participação do indivíduo na vida social, considerando a relação da Pessoa com Deficiência com a sociedade

Ainda assim, o corpo com deficiência por vezes só se reconhece nos espaços oportunizados por grupos formados por grupos denominados como “inclusivos”, em muitas situações acaba limitando sua participação apenas em serviços de reabilitação. As discriminações sofridas por estes sujeitos e o estigma social que os acompanha ainda encontram persistência no olhar da sociedade, inclusive profissionais da saúde, prevalecendo a supremacia da corponormatividade e reafirmando a necessidade de correção destes corpos. Ainda que estas pessoas alcancem a plena participação social, se reforça a estereotipia de um exemplo de vida e superação. (Teixeira, 2010).

Mesmo no campo da saúde é preciso rever conceitos e partir de uma reflexão sobre como estes profissionais ainda atuam pautados em termos capacitistas. Segundo Pinto (2022) a reabilitação foi estabelecida nos moldes importados países de primeiro mundo, tendo como premissa a abordagem biomédica, organicista e especializada, ainda considerando estes corpos como inválidos. Nos centros de reabilitação ainda são estabelecidos aos seus usuários, metas de funcionalidade consideradas ideais dentro de um padrão de normalidade pré estabelecido pela sociedade. Seu objetivo seria de oferecer estratégias para que estas pessoas exerçam sua funcionalidade com autonomia e independência. (Dinoá. 2023). O preconceito às Pessoas com Deficiência denota uma negação social que considera este corpo como um objetivo de controle e correção, em função de uma estética corporal hegemônica (Melo, 2019).

Foresti (2024) em seu estudo, evidencia que as práticas capacitistas têm sido discutidas e revistas especialmente no campo escolar, mas pouco se discute

sobre sua prática dentro das áreas de saúde e trabalho. Este silêncio nestas áreas reforça o conceito de um paternalismo vestido de compaixão, que garante a dominação desta população, necessária para a manutenção de uma estrutura opressora e excludente. Isto também é reforçado por Melo (2019), quando afirma que mesmo no estudo do CENSO de 2010, que considera que 23,9% da população brasileira possui ao menos um tipo de deficiência, ainda pouco se fala sobre este assunto, tendo poucos incentivos à pesquisa. A pouca produção acadêmica sobre o tema ainda está muito ligada aos campos da biomedicina, psicologia do desenvolvimento ou da “educação especial” (sic). Assim, os profissionais de saúde ainda estão distantes da compreensão do cuidado integral, resultando em qualificação insuficiente para as mudanças das práticas.

Rossoni (2004) pondera que o maior desafio do ensino em saúde é de formar profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade e em equipe multiprofissional, tendo um olhar ampliado a respeito das necessidades e potências dos sujeitos. Almeida (2021) reafirma que o ensino superior na área da saúde ainda tem forte influência do modelo biomédico, centrado na doença e na hierarquia entre as áreas de atuação e de ensino. O entendimento do homem como um ser social completo, considerando os processos de saúde e de doença, são muitas vezes negligenciados na formação dos profissionais de saúde. Ubessi (2021) acredita que, ainda que as diretrizes para educação humanizada e o processo de educação permanente para profissionais de saúde tenha sua teoria pautada em normativas legislativas no Brasil, muitas vezes ainda encontramos uma produção educativa hierarquizada e assimétrica, demonstrando o quão frágil é o encontro entre o campo da educação e da saúde.

Chiesa (2007) considera que, de modo geral, a formação destes profissionais não os prepara para atuar na promoção à saúde, já que seu enfoque é biologicista e médico-centrado, estando descontextualizados das necessidades da saúde da população. Ainda é um desafio formar profissionais pela ótica de novas concepções do processo saúde-doença, considerando a complexidade do ser humano e sua inserção na sociedade. É preciso estimular a reflexão da promoção de saúde por meio de conceitos de intersetorialidade, equidade, participação popular e autonomia.

Uma maneira de se estabelecer a intersetorialidade é através de processos de interação mais eficazes entre as equipes que compõem o serviço de reabilitação. Mendes (2011) entende que a mudança da atenção uniprofissional (centrada no médico) para a atenção multiprofissional é uma forma de se atingir interações mais eficazes entre a equipe de saúde e seus usuários, tendo uma equipe formada por categorias profissionais diversas, que se comunicam regularmente, participando da atenção integrada à população pertencente. Segundo ele “o objetivo da atenção multiprofissional é prestar o serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e pelo profissional certo” (p. 313).

Na premissa de se reconhecer como o “profissional certo” e na necessidade de se estabelecer uma relação horizontal no cuidado, torna-se primordial que os profissionais de saúde tenham clareza sobre suas responsabilidades para além do conhecimento técnico. É preciso que se compreenda que estes agentes devem ser “responsáveis pelas práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e mais sensíveis àquelas dimensões dos processos saúde-doença não inscritos nos âmbitos tradicionais de epidemiologia ou da terapêutica” (Brasil, 2004)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os centros de reabilitação ainda têm suas condutas pautadas pelo discurso biomédico, reproduzindo métodos normalizadores dos corpos com deficiência. Somado a isso, o meio capitalista que afirma que os valores de um sujeito estão associados a sua produção, reforça o conceito de necessidade de adequação destes sujeitos, resultando no capacitismo e segregação. Muitos profissionais de saúde ainda têm sua formação baseada em tais conceitos, e seguem suas práticas sem considerar as dimensões culturais, sociais e políticas que influenciam o processo de saúde-doença. Assim, perpetuam conceitos de hierarquia no processo de reabilitação, seguindo como aqueles que detém o saber e que se dispõem a normalizar ou adequar um corpo deficiente.

Para que possamos construir estruturas de cuidado mais efetivas e ampliadas, é preciso que os profissionais de saúde sejam capazes de expandir seus conhecimentos para além da formação técnica. Mais do que conceitos específicos a sua formação profissional, é preciso o conhecimento a respeito da realidade em que seu usuário está inserido, respeitando a diversidade que o envolve.

É preciso discutirmos mais profundamente o capacitismo na área da saúde, nos movimentos sociais e nos documentos oficiais. É um tema que precisa de maior aprofundamento nas produções científicas, de modo a provocar reflexões capazes de mudar conceitos e atitudes, que muitas vezes se fazem presentes camuflados de cuidado.

REFERÊNCIA

ALMEIDA AMB et al. Diversidade humana e interseccionalidade: problematização na formação de profissionais da saúde. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200551.

BARBOSA, L; DINIZ, D.; SANTOS, W. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v.8, p. 377-390, jul/dez. 2009.

BRASIL, Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

CHIESA, AM et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm.; 12(2): 236-240, abr/jun 2007.

DINOÁ, JL. A reabilitação e os efeitos da ciência e do capitalismo. Stylus Revista de Psicanálise, n. 46, p. 117-127, São Paulo, jun/2023.

FORESTI, T et al. O conceito de capacitismo em artigos nacionais: um estudo teórico. Revista Psicologia Política, v. 24, 2024

MELO, LS.; CABISTANI, LG. Capacitismo e lugar de fala: repensando barreiras atitudinais. Revista Defensoria Pública, p. 118-139, Estado do Rio Grande do Sul, 2019.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Brasília, 2011.

PINTO, R.J. Cartografias políticas do corpo: expressões discursivas e imagéticas acerca do corpo com deficiência. São Paulo, 2022

ROSSONI, E. & LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Boletim de Saúde, v. 18, n. 1, p. 88-98. Porto Alegre, jan/jun. 2004

TEIXEIRA, A.C.B. Deficiência em cena: o corpo deficiente entre criações e subversões. O Mosaico – Ver Pesquisa em Artes/FAP, v. 3, p. 1-9, Curitiba, jan/junho 2010

UBESSI, LD et al. Educação Permanente em Saúde: experimentando jeitos de ver, viver, sentir e tecer o Sistema Único de Saúde. Saberes Plurais Educ. Saúde, v. 4, n. 2, p. 71-80, ago/dez. 2021.