

Os corpos outros na formação em saúde: em direção a uma perspectiva interseccional do paciente nos modelos cognitivos idealizados

Other bodies in health education: towards an intersectional perspective of the patient in idealized cognitive models

Aline Aver Vanin

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc)

Maitê Moraes Gil

Universidade do Minho – Braga – Portugal

Resumo: Este ensaio teórico busca discutir como aspectos do campo conceitual na formação em saúde podem ter consequências materiais na perspectiva assumida por futuros profissionais. A partir da fundamentação teórica dos Modelos Cognitivos Idealizados (MCI), refletimos sobre qual é o estereótipo social consagrado de paciente ideal nesse campo, e quais são os corpos outros que são ocultados e/ou pouco considerados, mais tarde, nos atendimentos em saúde. Propomos que o tensionamento desse MCI para a construção de sentidos que vejam as intersecções em saúde permite levar em conta o impacto de determinantes sociais da saúde na vida de pacientes que são atravessados por opressões as mais diversas e que ficam à margem desse MCI. Por fim, vislumbramos a necessidade de práticas de ensino que permitam perspectivar modelos culturais que se radializem para as margens, bem como de se aprofundar competências culturais nas faculdades de ciências da saúde.

Palavras-chave: formação em saúde. modelos cognitivos idealizados. paciente. interseccionalidade.

Abstract: This theoretical essay aims at discussing how aspects of the conceptual field of health education may have material consequences in the assumed perspective for future professionals. From the theoretical framework of Idealized Cognitive Models (ICM), we reflect on what established social stereotypes of the ideal patient in this field, and what are the other bodies that are hidden and/or little considered, later, in health care. We propose that the tensioning of this ICM for the construction of meanings that see the intersections in health allows taking into account the impact of social determinants of health in the lives of patients who are crossed by the most diverse oppressions and who are on the margins of this ICM. Finally, we envision the need for teaching practices that allow for the perspective of cultural models that spread to the margins, as well as for deepening cultural competences in health science faculties.

Keywords: health education. idealized cognitive models. patient. intersectionality.

1 Introdução

O conceito de *saúde* perpassa entendimentos diversos: pode significar não estar doente ou enfermo; pode ser atribuído à pessoa que se alimenta bem e faz exercícios com certa regularidade; pode estar atrelado ao fato de que alguém está magro, ou emagreceu, numa perspectiva estética; ainda, pode estar ligado à ideia do que se considera uma boa aparência. Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1960) estabeleceu que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Apesar de vigente até hoje, essa definição tem sido criticada por profissionais e pesquisadores da área da saúde por ser considerada uma declaração – e não uma definição – utópica e não-operacional (NARVAI; SÃO PEDRO, 2013), já que “completo bem-estar físico, mental e social” é uma condição muito difícil de se alcançar e de se avaliar.

Para Minayo (1994), saúde é um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente. Tal definição pode ser pensada na dimensão individual, em que se observam os aspectos biológicos e sociais, e coletiva, cujo “processo saúde-doença é mais do que a soma das condições orgânicas de cada indivíduo que integra um grupo ou população” (NARVAI; SÃO PEDRO, 2013, p. 309). Nesse plano, saúde-doença é a “expressão de um processo social mais amplo, resultante de uma complexa trama de fatores e relações, representadas por determinantes mais próximos e mais distantes do fenômeno”.

Nesse sentido, as desigualdades sociais em saúde não podem ser reduzidas a diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos segundo características biológicas (BARATA, 2009). Elas estão associadas a injustiças relacionadas a aspectos como educação, ocupação, raça, etnia, local de moradia, entre outros, que atravessam cada pessoa de modo peculiar. Pode-se dizer, portanto, que indivíduos são afetados por Determinantes Sociais da Saúde (DDS), um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica,

social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva que afeta positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades e/ou populações e territórios (FIOCRUZ, s.d.). Os DDS impactam de forma diferente, e muitas vezes injusta, a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades e suas possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida. Por isso, estão associados ao conceito de equidade em saúde, isto é, dar oportunidades iguais de acesso à saúde a quem tem pontos de partida diferentes.

No entanto, ainda que a formação de profissionais desse campo contemple estudos sobre determinantes sociais da saúde, o paciente que está nos atlas de anatomia, ou nos estudos de caso das formações médicas, está mais próximo ao homem vitruviano do que da pessoa que é atravessada por intersecções as mais diversas. Para Russo (2006), esse corpo que é apresentado ao estudante de Medicina não é o corpo tal como ele vê na rua, em casa, entre seus colegas, em família – isto é, o corpo vivo, o corpo-pessoa. O sujeito que desvia dessa norma é o outro – e, por vezes, o outro do outro (aqui, fazemos alusão às ideias de Lélia González, que reflete sobre o *status* da mulher negra na sociedade brasileira). Apesar das características desse paciente idealizado, a paciente real pode ser uma mulher negra e periférica, mãe solo e vítima de violência, que é, então, atravessada por aspectos relacionados a seu gênero, sua raça, sua classe social, suas condições de vida, e se diferencia daqueles indivíduos que são historicamente menos afetados por quaisquer desses aspectos – isto é: o homem branco, cis gênero, heterossexual, classe média, que vive e trabalha em cidades com maior índice de desenvolvimento humano. O paciente pode, ainda, ser uma pessoa indígena, ou quilombola, da região sul do Brasil (e não aquele do imaginário social brasileiro, que vive no interior da Floresta Amazônica), e requerer cuidados que são bastante específicos de sua etnia. Ou, para concluir, por ora, com mais um exemplo, a paciente obesa pode não ter suas queixas de dor plenamente ouvidas, porque seu peso é o que fica mais em evidência na consulta, e

não raras vezes este peso é o que determina se ela terá uma escuta ativa para sua dor ou se ela sairá do consultório ainda mais estigmatizada.

O que o conceito de saúde, especialmente no campo dos determinantes sociais da saúde, tem a ver com linguagem é que é pelo fio invisível das tramas linguageiras que se constitui o tecido conceitual pelo qual se costumam crenças, modos de perceber e de imaginar o mundo. É pelo dito, e especialmente pelo não-dito, que enunciamos pontos de vista, posto que não há neutralidade possível no campo da linguagem, e esta se concretiza nas práticas sociais de interação – isto é: o modo como pensamos sobre determinado objeto reflete-se na língua em uso (HAMPE, 2005). O campo da saúde não escapa dessas questões, porque é atravessado por perspectivas que se enunciam discursivamente, em que, não raras vezes, indicam quem é o sujeito-réu na formação e nos atendimentos em saúde.

Podemos equiparar os determinantes sociais da saúde ao conceito de interseccionalidade, uma metáfora para um modo de investigação crítica e práxis que propicia uma nova visão das relações sociais como entidades interconectadas (COLLINS, 2022). Trata-se de uma forma de *nomear* um processo comunicativo contínuo que tenta entender raça em termos de gênero ou gênero em termos de classe. “Em vez de seguir a cadeia de metáforas (raça é semelhante e diferente de gênero), a metáfora da interseccionalidade forneceu um atalho que se fundamentou nas sensibilidades existentes para poder *enxergar* as interconexões” (COLLINS, 2022, p. 45, *italico* nosso). Assim, o racismo e o sexismo podem ser analisados como fenômenos estruturais distintos, mas a perspectiva da interseccionalidade abre espaço para ver as diferentes relações de poder que se estabelecem e como a desigualdade social se concretiza.

A ótica da interseccionalidade pode ser caracterizada como uma sensibilidade analítica cujo significado emerge no uso (CHO et al., 2013). Nesse sentido, Collins (2022) aponta que a interseccionalidade como metáfora fornece um *dispositivo cognitivo* para pensar que semelhanças e,

sobretudo, diferenças, podem construir e estabelecer relações de poder, e convida a pensar para além das perspectivas já conhecidas. Essa metáfora também oferece uma estrutura para aproveitar o que as pessoas já conhecem sobre racismo para aprender sobre sexismo e vice-versa. Assim, a compreensão da desigualdade social hoje encontra lugar nessa metáfora, já que, conforme aponta Sandoval (2000, citada por Collins, 2022), imaginar relações de poder como uma pirâmide hierárquica difere de pensá-las por meio de uma metáfora plana e espacial de centros e margens – em que o poder figura como força que circula horizontalmente.

A interseccionalidade é, então, uma categoria de análise sensível para desigualdades sociais, o que sustenta o paralelo que propomos com os determinantes sociais da saúde. Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81), “não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade”. Os autores indicam que as diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais, grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos; se fatores como hábitos de fumar, dieta, sedentarismo forem controlados, ainda assim as diferenças entre esses estratos sociais permanecem quase inalterados. Para Luiz et al. (2020), a ligação entre as condições sociais e de saúde é tão forte que a magnitude das desigualdades em saúde é um indicador do impacto das desigualdades sociais e econômicas nas vidas das pessoas. Nesse sentido, dentro das ciências da saúde estão áreas como a epidemiologia, que busca lançar ênfase em modelos sensíveis às diferentes posições hierárquicas de poder ocupadas por grupos socialmente vulneráveis, os quais estruturam as desigualdades em saúde. Assim, olhar para os determinantes sociais da saúde é perspectivá-los intencionalmente. Tais modos de pensar e de agir não só direcionam o olhar para os pontos de vista prevalentes nas ciências da saúde, mas apontam para mudanças necessárias nesse *status quo*.

Neste texto, de caráter ensaístico, discutimos como aspectos do campo conceitual na formação em saúde podem ter consequências materiais na perspectiva assumida por futuros profissionais de saúde. Partimos do plano cognitivo-conceitual, mais especificamente dos Modelos Cognitivos Idealizados que mediam a construção de sentidos partilhados coletivamente. Para tanto, nas seções que se seguem, exploramos os fundamentos teóricos que embasam estas reflexões; a discussão sobre corpos outros/ocultados da formação; e, por fim, a necessidade de se propor novos modelos culturais e de se aprofundar competências culturais nas faculdades de ciências da saúde.

2 Modelos Cognitivos Idealizados e estereótipos sociais

Os Modelos Cognitivos Idealizados (MCI) são construtos mentais, idealizados, relativamente estáveis, que representam teorias gerais sobre o mundo (LAKOFF, 1987). Esses modelos são idealizados porque são abstrações gerais que se elaboram a partir de experiências do corpo, e servem como base para compreender situações específicas da vida cotidiana (EVANS; GREEN, 2006). Tais estruturas conseguem guiar processos interligados de raciocínio, já que a menção a determinado aspecto estaria imediatamente relacionada a um modelo de pensar o mundo como um todo.

Para Lakoff (1987), cada MCI é um todo estruturado complexo, isto é, uma *gestalt*, que usa quatro tipos de princípios estruturadores:

1. *estrutura proposicional*, que está ligada à noção de *frame* (FILLMORE, 1985);
2. *estrutura de esquema de imagem* (JOHNSON, 1987);
3. *mapeamento metafórico* (LAKOFF; JOHNSON, 1980);
4. *mapeamento metonímico* (LAKOFF; JOHNSON, 1980).

O primeiro deles trata de uma esquematização da experiência representada no nível conceptual. Lakoff (1987, p. 68) ilustra esse princípio a partir da palavra

'terça-feira' (*Tuesday*, em inglês). O autor explica que 'terça-feira' só pode ser definida relativamente a um MCI que inclua o ciclo natural definido pelo movimento do sol – a forma padrão para caracterizar o fim de um dia e o início do dia seguinte – e um ciclo maior de calendarização de sete dias: a semana. O conteúdo proposicional de tais modelos é idealizado – não existindo objetivamente na natureza (como, por exemplo, o modelo de semana de sete dias, que não é comum a todas as sociedades) – e fundamenta os processos de conceptualização. Nessa linha, no campo da saúde, quando pensamos em 'hospital', imediatamente acionamos uma estrutura consolidada pela cultura ocidental de lugar de tratamento, de cura, de dor ou de morte, em que estão associados os conceitos para 'médico', 'enfermeira', 'centro de tratamento intensivo', 'maca'/cama hospitalar', 'paciente' etc., todos acionados conforme a interação entre os falantes. O conteúdo proposicional dessas estruturas é idealizado, visto que se sustenta em modelos que não preexistem objetivamente na realidade; antes disso, são construtos socialmente acordados e situados.

A estrutura de esquema de imagem, que constitui o segundo princípio estruturador dos MCI, é definida por Hampe (2005, p. 1-2) por quatro características básicas: (i) são estruturas diretamente significativas e pré-conceptuais, que surgem de, ou são fundamentadas em, experiências corporais humanas recorrentes através do espaço, interações perceptivas, e formas de manipulação de objetos; (ii) são *gestalts* altamente esquemáticos; (iii) existem como padrões contínuos e analógicos anteriores à consciência, antes e independentemente de outros conceitos; e (iv) são, ao mesmo tempo, estruturados internamente e altamente flexíveis. A evidência de que os esquemas de imagem estão por trás da organização das percepções está, por exemplo, no esquema CENTRO-PERIFERIA, em que negociamos os sentidos do que fica mais em evidência e do que apenas fica como pano de fundo das realidades constituídas em um campo. Veremos que, na área da saúde, há um corpo que está mais em evidência do que outros, fazendo com que o que está ao centro se

consolide como medida-padrão. Nesse espriamento do centro para a periferia há, também, uma relação hierárquica de poder (como mencionado por Sandoval, 2000).

Por fim, os mapeamentos metafóricos e metonímicos são estruturadores dos MCI no sentido em que sustentam extensões de sentido entre diferentes MCI e dentro de um mesmo MCI. Neste texto, os mapeamentos metonímicos – em que há uma relação em que um elemento ‘representa’ outro (ou o todo) em um MCI – são particularmente relevantes, tendo em vista que constituem os pontos de referência cognitivos. Nesse sentido, na metonímia PARTE PELO TODO há muitas partes que podem representar o todo, e a parte que pinçamos desse todo pode determinar para quais aspectos do todo estamos focalizando nosso olhar (LAKOFF; JOHNSON, 1980).

Diante disso, os conceitos, para Lakoff (1987, p. 286), são “elementos de modelos cognitivos”. Para serem elaborados, os conceitos são inseridos em categorias que seguem princípios estruturadores que constituem os MCI, apresentados anteriormente. Os processos de inferência acessam esses modelos a fim de (re)organizar os conceitos que emergem, sejam eles pré-existentes ou completamente novos (VANIN, 2012). Nesse sentido, um conceito, por si só, não é especificamente definido sem um contexto específico, mas há um caso central, mais prototípico, a partir do qual demais ocorrências desse conceito irão convergir. Rosch (1975), em experimentos, demonstrou que os protótipos atuam como pontos de referência cognitivos: são compreendidos como os melhores exemplos de uma categoria, e por isso servem como pontos de referência em relação a outros membros dessa categoria, e também servem como base para inferências. No processo inferencial, as semelhanças de família (tal como pensadas por Wittgenstein) são princípios estruturais que governam a formação da estrutura prototípica das categorias semânticas (ROSCH; MERVIS, 1975), já que as categorias semânticas são “redes de atributos sobrepostos” (p. 575).

A Teoria Prototípica consubstancia a Teoria dos Modelos Cognitivos Idealizados (FELTES, 2007) quando Lakoff (1987) assume que os efeitos prototípicos são resultados de conhecimentos organizados a partir de MCI. A fonte dos efeitos de prototipicidade são esses modelos. Nesse sentido, a natureza do significado está diretamente ligada à natureza dos conceitos e ao processo de categorização. Em síntese, um MCI representa uma unidade de conhecimento organizado, o qual está sujeito ao processo de categorização. Por isso, saber de que categoria um elemento faz parte e o quão prototípico ele é dentro dessa categoria constitui parte do conhecimento sobre tal elemento. Não se trata, então, de traços necessários e suficientes para caber em um MCI; antes disso, consideram-se atributos que dão conta da maior variedade de casos possíveis de determinada categoria. Nesse sentido: (i) será prototípico um elemento que consegue incluir o máximo de traços que compartilham os diversos elementos de tal categoria; e (ii) tais efeitos prototípicos são resultados de conhecimentos organizados a partir de MCI. Aqui, cabe trazer um exemplo do campo da saúde: ao sermos instigadas a pensar na categoria profissionais de saúde, a tendência é evocarmos um protótipo desta categoria, isto é, evocamos um modelo padrão de indivíduo (médico, homem, racialmente branco) (cf. MCGREGOR, 2020). Esse elemento prototípico inclui traços compartilhados por diversos elementos de tal categoria, mas, mais que isso, é resultado de um conhecimento organizado a partir de MCI motivados por uma formação em saúde que não reconhece entre seus mestres, nem entre seus pares, sujeitos que não sigam esse padrão. Ainda que a população brasileira seja constituída majoritariamente por pessoas autodeclaradas pretas ou pardas (55,8%, de acordo com o IBGE, 2018), ao se realizar o chamado “teste do pescoço” (GELEDÉS, 2021) nas universidades o que se vê é uma maioria de sujeitos brancos nesses espaços. Esta realidade está mudando aos poucos desde a implementação de ações afirmativas para o ensino superior, com a instituição de leis como a de nº 12.711/2012 (que

prevê cotas em instituições públicas de ensino superior para estudantes que tenham estudado em escolas públicas; metade das quais são distribuídas para estudantes de famílias cuja renda *per capita* é igual ou menor que 1,5 salário mínimo; metade dessas são subdivididas para candidatos autodeclarados pretos, pardos ou indígenas e para pessoas com deficiência) e a de nº 12.990/2014 (normativa para ingresso de docentes autodeclarados pretos ou pardos no Magistério Superior), porém essas ações são ainda recentes.

Os modelos cognitivos idealizados podem ser entendidos, sob certas circunstâncias estruturais e funcionais, como Modelos Culturais, haja vista que “a cognição humana está inextricavelmente ligada à experiência humana corpórea, social, cultural e histórica” (FELTES, 2007, p. 90). Contudo, é importante ressaltar que, apesar de culturalmente situados, nem todos os MCI devem ser tomados por culturais. Esses modelos são estruturas internas, abstratas, as quais são entendidos como esquemas coletivos e intersubjetivos. Na intersecção dos MCI com comportamentos culturais, os mapeamentos metonímicos sustentam, entre outros processos, os casos chamados por Lakoff (1987, p. 79) de estereótipos sociais. Estes são casos de metonímia em que uma subcategoria tem um estatuto socialmente reconhecido como representativo da categoria como um todo e têm como objetivo, em geral, fazer julgamentos rápidos sobre as pessoas ou definir expectativas culturais. Portanto, os estereótipos sociais importam para uma teoria de estrutura conceitual, uma vez que, por um lado, regulam as expectativas dominantes sobre certas subcategorias e, por outro lado, motivam e definem subcategorias contrastantes com elas. Para Feltes (2020, p. 63), ao definir os estereótipos sociais, Lakoff está tratando de modelos culturais, mesmo que para tal o autor não ofereça sustentação empírica. A mesma autora esclarece que *modelo cultural* é um construto cuja origem está na Antropologia Cognitiva, que foi introduzido na literatura da Linguística Cognitiva sem que tenha sido tratada

sistematicamente a questão dos valores em um sistema de cultura.

No âmbito da Antropologia Cognitiva, Strauss e Quinn (1997) colocam o significado em uma posição central na sua teoria da cultura. Para elas, a melhor maneira de repensar a cultura é entender como os seres humanos constroem os significados. Strauss e Quinn esclarecem que “o sentido que daremos para ‘significado’ aqui é a interpretação evocada em uma pessoa por um objeto ou evento em um dado momento” (p. 6, tradução nossa). Elas argumentam que, se o significado é fundamental para o entendimento de cultura, essa não pode ser exclusivamente pública – externa –, já que o significado é originado na intersubjetividade, o que inclui a dimensão interna. Diante disso, as autoras argumentam que:

Significados são tanto estados psicológicos quanto construções sociais – apesar de [...] o processo de construção social levar a resultados cognitivos que não são aparentes a partir apenas do estudo de símbolos (STRAUSS E QUINN, 1997, p.16, tradução nossa).

Essa natureza dupla dos significados torna a cultura, ao mesmo tempo, pública e internalizada. Strauss e Quinn (1997) recorrem à representação de duas forças para explicar essa natureza, nomeadamente: centrípeta e centrífuga, indicando uma relação de mão-dupla. A primeira representa um movimento de fora para dentro, enquanto a segunda refere-se ao movimento do interior para o exterior. As autoras defendem que ambas as forças atuam simultaneamente na cultura e que não se pode ignorar a existência de nenhuma delas. Ou seja, assim como aspectos comuns ao grupo social são determinantes na formação de cada pessoa, a cultura pode mudar de indivíduo para indivíduo e de geração para geração.

Nesse sentido, Strauss e Quinn veem a cultura como entendimentos compartilhados, isto é, a cultura é constituída por ocorrências regulares no mundo criado pelos seres humanos, pelos *esquemas* que as pessoas compartilham como um resultado dessas ocorrências e pelas interações entre os

esquemas e esse mundo. Como coloca Rossetti (2006), a noção de cultura como entendimentos compartilhados pressupõe o foco na estrutura cognitiva. Quinn (1991) pontua que esses entendimentos compartilhados são, muitas vezes, realizados, armazenados e transmitidos pela língua. Argumentamos aqui que o que as autoras chamam de ‘esquemas’ pode ser interpretado como os MCI já apresentados.

Por fim, cabe destacar que, ao ser acionado no processo dialógico, determinado conceito irá definir-se de acordo com o MCI em curso. Por isso, a compreensão de quais MCI estão consagrados em determinada área e de quais estereótipos sociais são metonimicamente estabelecidos é fundamental para o entendimento das interações entre os MCI e as práticas em tal área.

3 Modelos Cognitivos Idealizados na formação em saúde

A partir desse aporte teórico, esta seção tem por objetivo discutir a subcategoria de *paciente* que tem um estatuto socialmente reconhecido como representativa da categoria *paciente* como um todo na formação profissional em saúde. A pergunta central, nesse sentido, é: qual é o estereótipo social consagrado de paciente ideal na formação profissional em saúde?

Para responder a este questionamento, recorreremos inicialmente à abordagem feita por Lakoff (1987) à categoria *mãe*, a fim de, em seguida, traçarmos um paralelo à categoria *paciente*. O autor argumenta que, nas sociedades ocidentais, a subcategoria de *mãe dona-de-casa* é tomada metonimicamente como estereótipo da categoria *mãe*, destacando que é, portanto, esta categoria que define as expectativas culturais sobre como uma *mãe* deve ser. Lakoff (1987) destaca que essa operação metonímica tem consequências relevantes também para a conceptualização das demais subcategorias de *mãe*. Nesse sentido, *mãe trabalhadora*, por exemplo, não é simplesmente uma ‘mãe que por acaso trabalha’, visto que a categoria *mãe trabalhadora* é definida em

contraste com a categoria *mãe dona-de-casa* tida como estereótipo social de *mãe* (p. 80). Considerando que o estereótipo da *mãe dona-de-casa* surge de uma visão (também estereotipada) de *agente que nutre*, as mães que não ficam em casa durante todo o dia com os seus filhos não podem nutri-los como esperado e, por isso, não correspondem perfeitamente às expectativas sociais – sustentadas por operações metonímicas do MCI – para a categoria *mãe*.

Ao deslocarmos essa reflexão para a organização da categoria *paciente* na formação profissional em saúde, destaca-se o *paciente* que está nos atlas de anatomia ou nos estudos de caso das formações em saúde, o qual está mais próximo ao homem vitruviano do que da pessoa que é atravessada por intersecções as mais diversas. Cazetta et al. (2019) afirmam que os alunos iniciam seu percurso formativo em saúde pelo “corpo morto, pelo corpo em peças, o *corpo-objeto*, o corpo do atlas anatômico, que é modelo do corpo universal, mas o que encontrarão em futuros atendimentos são *corpos-pessoas*” (p.5, grifos no original). Nesse sentido, Russo (2006) desenvolve uma extensa reflexão sobre a tensão entre o *corpo-objeto* – presente desde o início da formação em saúde seja nos atlas de anatomia seja nas aulas práticas com o estudo daquilo a que chamam ‘peças’ – e o *corpo-pessoa* – de pacientes reais. Para a autora, essa tensão parece atravessar não apenas a formação profissional, mas também a prática na área médica. Sobre essas representações do corpo, Cazetta et al. (2019) destacam que as imagens do corpo humano nos atlas de anatomia apresentam corpos selecionados por critérios específicos, como: etnia, cor da pele, peso, altura, tônus muscular, gênero, idade, os quais servem de modelo único para os demais corpos. Ou seja, as formas de corporeidade não ajustadas ao modelo selecionado – corpos negros, idosos, infantis, obesos, esguios, anões, transgêneros, transexuais, intersexuais, amputados, por exemplo – são rejeitadas e ocultadas nesses materiais. Dessa maneira, “o projeto visual médico-científico dos atlas anatômicos forja corporeidades desde uma rostidade homogênea”

(CAZETTA et al., 2019, p.14). McGregor (2020), pesquisadora e profissional médica, aponta que a maior parte dos livros de anatomia usam apenas modelos masculinos (padrão), oferecendo recortes de mamas e pélvis quando “partes” de corpos femininos são discutidas. A autora ainda aponta que, quando são utilizados corpos-manequins para simulações, normalmente o único modelo feminino é aquele que representa um corpo grávido.

Em síntese, o *paciente homem-branco-médio* é aquele que tem um estatuto socialmente reconhecido como representativo da categoria *paciente*, tornando-se o estereótipo social consagrado de *paciente ideal* na formação profissional em saúde. McGregor (2020) afirma que “uma das maiores e mais errôneas suposições da medicina é esta: se faz sentido em um corpo masculino, deve fazer sentido em uma mulher”, e que, em cada aspecto, nosso modelo médico atual é baseado em, moldado para, e avaliado de acordo com modelos e padrões masculinos. Isso não significa que pacientes outros não existam no MCI de *paciente* nessa área, contudo eles são conceptualizados em contraste com esse estereótipo social consagrado, como exemplificado em relação à categoria *mãe*, anteriormente explicitada.

O próprio uso da expressão gramatical masculina como genérico impõe um olhar universalizante para o corpo do homem-branco-médio como paciente ideal, ou universal, da saúde. Demais pessoas que fogem à norma seriam os sujeitos-específicos para essa categoria. Há evidências de que o fato de se enunciar o masculino como categoria universal faz com que esse seja interpretado de forma bastante específica, excluindo do imaginário quaisquer outros corpos. Em um estudo realizado por Hamilton (1988), estudantes universitários foram induzidos a completar os fragmentos de frases usando masculino ou genérico imparcial. Depois, foram solicitados que descrevessem suas imagens para cada sentença, dando o nome próprio para a pessoa que visualizassem. A análise mostrou que o viés masculino era muito mais alto na condução de masculino genérico do que na condição imparcial.

Outro estudo, de Vervecken et al. (2015), demonstrou que esse viés pode ter impacto sobre as percepções acerca de profissões. Foram entrevistados 222 adolescentes, falantes de francês e de sueco, os quais demonstraram que, quando apresentados a profissões usando masculino genérico, como médico, inventores, o referente imaginado é sempre homem. Por outro lado, quando a apresentação dessas profissões é realizada usando ambas as formas masculinas e femininas, como inventores e inventoras, por exemplo, há um reconhecimento da participação da mulher em espaços de trabalho, sobretudo os que têm muita predominância masculina.

Ao refletir sobre as lacunas na saúde da mulher, McGregor (2020) nota que o pensamento desatualizado acerca dos corpos de mulheres é ubíquo e que a saúde neste caso é na maior parte dos casos reduzida a “saúde reprodutiva”, a órgãos femininos reprodutivos, ou à gravidez, ou à saúde da mama. Embora sejam componentes vitais, a categorização da saúde de mulheres sob esta perspectiva leva a diagnósticos equivocados, como em doença cardiovascular que foge ao padrão conhecido – isto é, o masculino –, em sintomas da síndrome pré-menstrual, ou em casos de endometriose, por exemplo. Neste último caso, estima-se que uma mulher leva em média sete anos para ter o diagnóstico da doença. Inclusive, a mesma autora menciona que, tendo em vista que, para o desenvolvimento de muitos medicamentos, a testagem em mulheres seria cara e levaria muito mais tempo para entender em que ponto do seu ciclo menstrual estariam ao longo de uma pesquisa, muitos cientistas optaram por omitir esse público como participantes de pesquisa da testagem em humanos e, na fase inicial, da testagem com animais. Considerando que os MCI são abstrações gerais que se elaboram a partir de experiências, esses estudos – ao revelarem um destaque sistemático ao corpo masculino na representação do *paciente* na formação em saúde – informam sobre os efeitos prototípicos atuantes nessa categoria, os quais sustentam o estereótipo social já descrito de *paciente ideal*.

Se numa sociedade que ainda pensa binariamente os corpos femininos são assim negligenciados, corpos outros, divergentes do que se estabelece como norma, são apagados ou raramente estudados na formação em saúde – ou estudados como inserções pontuais no conteúdo das aulas ao que se pesquisa em relação aos corpos normativos, sendo – portanto – definidos em contraste com a subcategoria que metonimicamente representa a categoria de *paciente* como um todo. As mulheres não brancas, por exemplo, são negligenciadas na pesquisa (e no acesso à saúde), apesar de seus fatores de risco únicos (McGREGOR, 2020), cujos muitos desfechos são evitáveis, como hipertensão, diabetes mellitus tipo II, anemia ferropriva no período gestacional, além de diagnóstico tardio de câncer de colo uterino, alta vulnerabilidade às IST/AIDS, bem como em casos de insegurança alimentar (MONTEIRO et al., 2019; NUNES, 2021).

Uma vez que a língua em uso constrói crenças, modos de perceber e de imaginar o mundo, retomamos o argumento de que os MCI atuantes no campo conceitual na formação em saúde discutidos até aqui têm consequências materiais na perspectiva assumida por futuros profissionais de saúde. Nesse sentido, o trabalho de Garb (2021) analisou os efeitos de viés de gênero e de raça em metodologias de diagnóstico de transtornos psicológicos. Os resultados desse estudo sugerem que há viés racial predominantemente para diagnóstico de transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial, abuso de substâncias comórbidas e transtornos de humor, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático e diagnóstico diferencial de esquizofrenia e transtornos afetivos psicóticos. Além disso, demais resultados sugerem que o viés de gênero ocorre para o diagnóstico de transtorno do espectro autista, transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta e transtornos de personalidade antissocial e histriônica. Há maior dificuldade no diagnóstico quando paciente é do gênero feminino em se tratando do transtorno de espectro autista (GREEN ET AL., 2019). As autoras revisaram a literatura quanto às implicações de

gênero no diagnóstico e no tratamento em mulheres e meninas adolescentes. Os resultados dessa pesquisa mostraram que fenótipos, comorbidades psiquiátricas e níveis de “camuflagem” – isto é, estratégias comportamentais de enfrentamento para ocultar sintomas para uso em situações sociais – contribuem para uma discrepância nas taxas de prevalência e de diagnósticos equivocados para esse público. Azad et al. (2017) já haviam apontado que estudos raramente examinam o impacto da raça nos resultados sociais em crianças com transtorno do espectro autista. Os autores demonstram que a intersecção raça, deficiência e grau de instrução são aspectos que afetam as relações sociais e de amizade de crianças, embora existam poucos estudos que avaliem essa interrelação.

Ainda sobre os efeitos dos MCI consagrados na formação em saúde e do estereótipo social de *paciente* metonimicamente estabelecido nas práticas em saúde, o estudo de Oliveira et al. (2020) traz considerações relevantes. As desigualdades sociais vivenciadas por jovens negros da periferia têm impacto importante no processo de produção da saúde-doença-cuidado (OLIVEIRA et al., 2020), pois estes compartilham desvantagens de raça/cor, classe, gênero e geração que se entrelaçam e atuam de forma complexa na produção das iniquidades sociais e de saúde. Nesse sentido, Oliveira et al. (2020) demonstram que análises que reduzem as desigualdades a um único sistema classificatório são inadequadas para compreender as dimensões que as compõem. Geraldo et al. (2022) identificaram que, 13 anos após a publicação da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o preenchimento do quesito raça/cor na identificação de pacientes ainda é um desafio, e isto contribui para a manutenção da não-visibilidade deste público. Quando os dados coletados estão agregados, isto é, não identificam especificamente quem são as pessoas atendidas pelo sistema de saúde, há dificuldade em definir e direcionar a elaboração de políticas públicas específicas para a população, sobretudo a que está historicamente à margem. Esta implementação está prevista desde 2017 (PNSIPN),

mas ainda é incipiente e depende de mudanças não só institucionais, mas sobretudo de cultura nessas organizações e, arriscamo-nos a argumentar, nos MCI consagrados em tais áreas.

Conforme esses estudos mostram, embora a profissão médica busque reiteradamente tratamento igualitário para todos os pacientes, há ainda muitas disparidades no cuidado. Chapman et al. (2013) indicaram que estereótipos culturais podem não ser conscientemente endossados, mas a sua existência influencia como a informação sobre um indivíduo é processada e leva a tomadas de decisão com vies não pretendido, o chamado “vies implícito” – ou, como entendemos aqui, um elemento mais à margem no MCI, já que seu referente não está manifesto. Para Boaventura de Souza Santos (2003), há em cada um de nós uma cegueira epistemológica oriunda da parcialidade de nossa visão desenvolvida no seio de uma cultura, também sempre parcial. Em termos de MCI, essa visão parcial se dá pela construção de um *status quo*, de um modelo cultural de ciência da saúde que vê no homem-branco-médio o paciente ideal, o que impossibilita enxergar possibilidades de imaginar corpos outros – sem que sejam conceptualizados em contraste com este corpo a partir do qual toda generalização é possível. A cegueira epistemológica que é construída ao longo de anos de formação com pouca ou nenhuma discussão sobre corpos outros pode contribuir para a disparidades no cuidado em saúde, já que molda o comportamento do profissional e produz diferenças no tratamento médico quanto a raça, etnia, gênero, entre outras características. Ainda no estudo de Chapman et al. (2013), os autores indicam estratégias para reduzir esse vies: tomar a perspectiva do paciente e focar nas informações desse paciente para além de seu grupo social. A autopercepção e o reconhecimento da própria suscetibilidade e a prática deliberada de buscar compreender a perspectiva do paciente poderiam reduzir o vies implícito no cuidado. Ainda, os autores sugerem que aumentar o número de profissionais negros – e neste ponto incluiríamos categorias outras, como profissionais da saúde transexuais e indígenas, por exemplo – poderia

reduzir o impacto do vies implícito nas disparidades da assistência em saúde. Aqui, os autores comentam que profissionais negros exibem menor vies racial, mas podemos acrescentar que a presença de pessoas negras, indígenas, de identidades de gênero diversas, de corpos que são diversos à norma, provoca mudanças no próprio modo de enxergar profissionais e pacientes nesses meios.

4 Ampliando o olhar – e o modelo cognitivo idealizado em saúde

Se os corpos são tão diversos e, ao mesmo tempo, têm tantos atravessamentos, por que, comumente, um corpo branco, masculino, cisgênero, com determinado formato anatômico é considerado o corpo padrão e por que a corpos outros a retórica empregada é a de um corpo fora da norma (e até defeituoso)? Cabe ressaltar que, neste texto, nossas reflexões perpassam os atravessamentos dos determinantes sociais da saúde, que vão desde os aspectos individuais – idade, sexo, gênero e fatores hereditários – a redes sociais e comunitárias, a condições de vida e de trabalho, até a condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (CNDSS, 2008). Nesse sentido, nós não nos ativemos a corpos compreendidos no meio médico brasileiro como desviantes, como é o caso dos corpos intersexo, os quais recebem as nomenclaturas como Anomalias de Diferenciação Sexual (ADS) ou Distúrbios de Diferenciação Sexual (DDS), o que, de certa forma, licencia intervenções sobre esses corpos a fim de “normalizá-los” (cf. Resolução 1664/2003 do CFM). Tal discussão é uma lacuna a ser preenchida em estudos futuros.

Como ressaltamos, tais modelos se constroem na e pela linguagem e emergem na língua em uso. Cabe ressaltarmos que, além de mecanismos linguísticos, outros elementos contribuem para o estabelecimento dos referidos modelos, como, por exemplo, as imagens dos corpos presentes nos manuais e atlas de anatomia. Se o corpo dito padrão é o modelo universal de paciente – portanto, o MCI de pessoa a ser recebida para atendimentos em saúde –,

os corpos que se afastam dessa régua acabam por ficar à margem do imaginário de profissionais da saúde, entendidos como público-específico (e conceptualizados em contraste com o paciente ideal), ou simplesmente não existem como possibilidade. Isso não significa que esses pacientes-específicos estejam ausentes do MCI; na realidade, eles se estendem radialmente do centro (isto é, do paciente ideal) para a periferia (o paciente outro). Em Langacker (2008), aprendemos que a escolha de determinada perspectiva está relacionada ao fato de que a cognição se organiza por um mecanismo de *perfil-base* [*profile-base*]. Para o autor, *perfil* é parte da estrutura semântica para a qual a atenção está voltada – isto é, o objeto em foco está no centro –, enquanto a base se enquadra no que entendemos como *fundo* [*background*] – na periferia do olhar –, a partir do qual o conceito se amparará. Trata-se de um mecanismo de atenção seletiva, mas este foco não está cristalizado: nossa perspectiva sobre o mundo muda porque “as concepções evocadas como significados linguísticos [...] não apenas refletem ou correspondem ao mundo de uma maneira totalmente simples, nem são deriváveis em qualquer forma direta ou automática de circunstâncias objetivas” (LANGACKER, 2008, p. 35). Tal mecanismo media a estruturação do esquema de imagem CENTRO-PERIFERIA, já discutido, que traz ao centro o que é relevante para o sujeito e empurra para as margens o que fica oculto à percepção. Ainda em Langacker (2008), nossa apreensão do mundo é dinâmica e construtiva por natureza, e o processo de conceptualização de determinado fenômeno decorre do reconhecimento da prevalência de mecanismos imaginativos e de construções mentais. Então, um MCI não é estático, nem fixo para dada cultura (neste caso, institucional), ainda que reflita Modelos Culturais persistentes.

Uma formação em saúde cujo MCI põe no seu cerne um corpo ideal, tratando apenas ao largo de corpos que não se enquadram nessa régua, é deficitária. Não discutir especificidades de uma população de forma transversal no currículo produz efeitos deletérios no cuidado, já que promove cegueira

epistêmica (SANTOS, 2003) e contribui para a manutenção de estereótipos e para a materialização de discriminações num campo que deveria, sobretudo, acolher diferenças. Nesse sentido, estereótipos parecem afetar majoritariamente o público que mais for atravessado por intersecções, sejam elas de gênero, de raça, de classe, de peso corporal, de geração, entre outros. Esses podem se materializar na vida cotidiana, por gestos ou por palavras; podem produzir violências que se situam no plano simbólico ou na concretude do dano físico. E podem se dar nos silêncios, pela insistência de não ver.

O fato de não se perceberem os MCI consagrados na própria área, os efeitos prototípicos deles resultantes e os preconceitos que deles derivam pode estar ligado à ausência de problematização e de tensionamento ao que está posto, no caso aqui discutido, sobre corpos outros. Quando se levanta um problema, ele se torna tangível. A jornalista Reni Eddo-Lodge (2019) escreve que “dizer a nós mesmos, repetidamente, [...] que somos todos iguais é uma mentira mal direcionada, mesmo que bem-intencionada” (p. 80). A autora, que escreve sobre desigualdade racial e os impactos da branquitude, ainda afirma que a persistência do mito da igualdade é uma construção social que foi criada para continuar a injustiça e o domínio racial. Ainda, acrescenta que “para dismantelar estruturas injustas e racistas, precisamos *ver raça*” (p. 80, grifo nosso), e que é preciso ver quem se beneficia de sua raça, quem é desproporcionalmente impactado por estereótipos negativos sobre sua raça e a quem o poder e o privilégio são concedidos por causa de sua raça, sua classe e seu gênero. Além disso, estereótipos culturalmente construídos, quando não problematizados, podem perdurar por muito tempo em uma comunidade.

Provocar o debate sobre o *status quo* no campo da saúde pode movimentar as estruturas que se solidificaram ao longo do tempo, de forma a amolecer crenças e levar a mudanças sobre quem são os pacientes da saúde. É por esse motivo que discutir os determinantes sociais que incidem sobre os processos saúde-doença, bem como compreender de

que forma as diferentes avenidas de opressões atravessam e se interseccionam em cada paciente pode ser decisivo para os desfechos. Nesse sentido, uma formação em saúde deve ultrapassar o modelo biomédico e este Modelo Cognitivo Idealizado tão consolidado de paciente neste campo. Deve-se encaminhar para uma noção de saúde com sentidos biopsicossociais, cujo modelo cognitivo se movimenta e se expanda para categorias radiais menos prestigiosas, menos valoradas ou menos consideradas quando se pensa nos manuais técnicos.

Nesse sentido, diferentes autores defendem que a formação em saúde precisa considerar o desenvolvimento de *competências culturais* para preencher essas lacunas que o próprio MCI da formação em saúde impõe. Horvat et al. (2014) afirmam que a educação para competência cultural de profissionais da saúde busca assegurar que todas as pessoas recebam cuidados iguais e efetivos, particularmente aqueles de *backgrounds* culturais e linguísticos diversos. Em revisão sistemática, esses autores concluíram que o desenvolvimento de competência cultural é a principal estratégia para abordar as iniquidades em saúde. Já Pratt-Chapman (2021) aponta que treinamento de competência cultural em profissionais de saúde que tratam de doenças como o câncer pode ser uma estratégia importante para melhorar a sensibilização para pacientes que fazem parte de minorias sexuais. Mudar o foco de atenção do paciente pressuposto como ideal para aquele impactado por determinantes sociais da saúde é essencial para desmanchar barreiras sobre a saúde das populações (RAVINDRAN, 2017). Também, estimular a reflexão sobre essas intersecções que podem afetar as diversas pessoas que buscam cuidados em saúde é agir em direção à promoção da equidade, em que se parte de pontos de partidas diferentes para que todos possam ter os mesmos acessos.

Alinhadas à compreensão de que os MCI são abstrações gerais que se elaboram a partir de experiências e que tais estruturas conseguem guiar processos interligados de raciocínio, argumentamos que expandir os MCI consagrados na formação em

saúde é um passo fundamental para levar a mudanças no entendimento sobre quem são os pacientes da saúde. Para tanto, propomos que os currículos de cursos de formação em saúde sejam orientados a partir das questões sugeridas por Strauss e Quinn (1997), nomeadamente:

[...] quais são as diversas experiências das quais as pessoas obtêm seus modelos interpretativos? Algumas experiências criam esquemas que desafiam os esquemas adquiridos de outras experiências? Sobre quais esquemas as pessoas agem em uma determinada situação e por quê? (p.38)

Tais questionamentos reclamam novas experiências no (e do) processo de formação profissional em saúde, nas quais os corpos outros sejam transversais ao currículo, de maneira a ocuparem uma posição mais central na categoria *paciente*, para que sejam ouvidos nos silêncios, incluídos nos discursos e reconhecidos pelo olhar.

Referências

AZAD, G.F.; LOCKE, J.; KASARI, C., MANDELLI, D.S. Race, disability, and grade: Social relationships in children with autism spectrum disorders. *Autism*. 2017 Jan;21(1):92-99. doi: 10.1177/1362361315627792. Epub 2016 Mar 10. PMID: 26966285; PMCID: PMC5018242.

BARATA, Rita, Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

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

BRASIL. *Lei no 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências.

BRASIL. *Lei 12.990, de 9 de junho de 2014*. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 17 (1) • Abr 2007, p. 77-93.

- CAZETTA, Valéria; OLIVEIRA, Régia; TAVARES, Jonathan. Os Atlas Anatômicos como Pedagogia Cultural e o Pós-Vida das Imagens. *Educação & Realidade*, vol. 44, núm. 3, e89165, 2019. DOI: 10.1590/2175-623689165.
- COLLINS, Patricia Hill. *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. São Paulo: Boitempo, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.664, de 13 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasília, DF, 11 de abril de 2003. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1664>>. Acesso em: 02 nov. 2022.
- CHAPMAN, E.NN, KAATZ, A., CARNES, M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med*. 2013 Nov;28(11):1504-10. doi: 10.1007/s11606-013-2441-1. Epub 2013 Apr 11. PMID: 23576243; PMCID: PMC3797360.
- CHO, Sumi; CRENSHAW, K.W.; McCALL, L. Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and Praxis. *Signs*, v. 38, n. 4, 2013, p. 785-810.
- EDDO-LODGE, Reni. *Por que eu não converso mais com pessoas brancas sobre raça*. Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- EVANS, Vyvyan; GREEN, Melanie. *Cognitive Linguistics: an introduction*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2006.
- FELTES, H.P.M. *Semântica Cognitiva: ilhas, pontes e teias*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
- FELTES, H.P.M. Da categorização a modelos culturais: o giro social (cultural) em Linguística Cognitiva. *Linguagem em (Dis)curso – LemD*, Tubarão, SC, v. 20, n. 2, p. 381-400, maio/ago. 2020.
- FILLMORE, C. Frames and the semantics of understanding. In: *Quaderni di Semantica*. V. 6, n. 2, 1985, p. 222-254.
- FIOCRUZ. *O que é DSS*. Disponível: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Último acesso: 29/09/2022.
- GARB, H.N. Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clin Psychol Rev*. 2021 Dec;90:102087. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102087. Epub 2021 Sep 28. PMID: 34655834.
- GELEDÉS. *Existe racismo no Brasil? Faça o teste do peçoço e descubra*. Disponível: <https://www.geledes.org.br/existe-racismo-brasil-faca-o-teste-pescoco-e-descubra/>. Acesso em 12/01/2023.
- GERALDO, R.M.; OLIVEIRA, J.C.; ALEXANDRE, L.S.C.; AGUIAR, M.R.A.A.; VIEIRA, A.F.S.; GONÇALVES, A.C.C.G. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):3871-3880, 2022.
- GREEN, R.M., TRAVERS, A.M., HOWE, Y, McDOUGLE, C.J. Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Mar 9;21(4):22. doi: 10.1007/s11920-019-1006-3. PMID: 30852705.
- HAMILTON, M.C. Using masculine generics: Does generic he increase male bias in the user's imagery?. *Sex Roles* 19, 785–799 (1988).
- HAMPE, Beate (ed.). 2005. From Perception to Meaning. *Image Schemas in Cognitive Linguistics*. Berlin/New York: Mouton de Gruyter.
- HORVAT L, Horey D.; ROMIOS, P., KIS-RIGO, J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD009405. DOI: 10.1002/14651858.CD009405.pub2
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Distribuição da população*. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10091/0>. Acesso: 01/08/2022.
- JOHNSON, Mark. *The body in the mind: the bodily basis of meaning, imagination and reason*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
- LAKOFF, G. *Women, Fire and Dangerous Things*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.
- LANGACKER, Ronald W. *Cognitive grammar: a basic introduction*. New York: Oxford University Press, 2008.
- LUIZ, OC; COUTO, MT; OLIVEIRA, E; SEPARAVICH, MA. Inequality in health, social determinants, and intersectionality: a systematic review. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 5, p.11827-11841 set./out. 2020.
- McGREGOR, Alyson J. *Sex Matters: how male-centric medicine endangers women's health and what we can do about it*. New York: Hachette Co., 2020. E-book Kindle.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- MONTEIRO, N.J. SANTOS, M.N.A.; VALE, C.C., VALOIS, R.C., SÁ, A.M.M. Problemas de saúde mais comuns em mulheres negras. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13:e242472.

- NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. . Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A.A. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 269-297.
- NUNES, Caroline. Desigualdade e racismo: fatores de risco para incidência de doenças crônicas na população negra. In: *Alma preta: jornalismo preto e livre*. 25/06/2021. Disponível: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/desigualdade-e-racismo-fatores-de-risco-para-incidencia-de-doencas-cronicas-na-populacao-negra>. Último acesso: 30/10/2022.
- OLIVEIRA, E.; COUTO, M.T.; SEPARAVICH, M.A.A.; LUIZ, O.C. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface (Botucatu)*. 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Documentos básicos*. 10.ed. Genebra: OMS, 1960.
- PRATT-CHAPMAN, Mandi L. Does cultural competency training matter? A national study of anti-gay bias among cancer care professionals, *Patient Education and Counseling*, Volume 104, Issue 7, 2021, Pages 1823-1825.
- QUINN, Naomi. The Cultural Basis of Metaphor. In: FERNANDEZ, James (org.). *Beyond Metaphor: the theory of tropes in anthropology*. Stanford: Stanford University Press, 1991.
- RAVINDRAN, TKS. Commentary: Beyond the socioeconomic in The Health Gap: gender and intersectionality. *Int J Epidemiol*. 2017;46(4):1321–1322.
- ROSSETTI, Morgana. Metáforas e metonímias de felicidade: um estudo de língua e cultura. Dissertação (Mestrado em Letras e cultura regional) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2006.
- ROSCH, Eleanor. Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104(3), 1975, p.192–233. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.104.3.192>
- ROSCH, Eleanor; MERVIS, C.; GRAY, W.; JOHNSON, D. BOYES-BRAEM, P. “Basic objects in natural categories”. In: *Cognitive Psychology*, 8, 1976, p. 382-439.
- RUSSO, Jane. Do Corpo-Objeto ao Corpo-Pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, Alicia Navarro de; PINTAGUY, Jacqueline (Org.). *Saúde, Corpo e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2006.
- SANDOVAL, Chela. *Methodology of the oppressed. Theory out of bounds*. Volume 18. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2000.
- SANTOS, B.S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B.S. (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 427-462.
- STRAUSS, Cláudia. QUINN, Naomi. *A cognitive theory of cultural meaning*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- VANIN, Aline A. *À flor da pele: a emergência de significados de conceitos de emoção*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Letras. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.
- VERVECKEN, Dries; GYGAX, Pascal M.; GABRIEL, Ute; GUILLIOD, Matthias; HANOVER, Betina. Warm-hearted businessmen, competitive housewives? Effects of gender-fair language on adolescents' perceptions of occupations. In: *Frontiers in Psychology*. V. 6 September 2015.