

Cuidado

**dimensões, atores e
realizações em perspectiva
socioantropológica**

João Tadeu de Andrade
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães
Maria Sônia Lima Nogueira
Diego da Silva Medeiros
(Organizadores)

REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

VICE-REITOR

Dárcio Ítalo Alves Teixeira

EDITORA DA UECE

Cleudene de Oliveira Aragão

CONSELHO EDITORIAL

Ana Carolina Costa Pereira

Ana Cristina de Moraes

André Lima Sousa

Antonio Rodrigues Ferreira Junior

Daniele Alves Ferreira

Erasmo Miessa Ruiz

Fagner Cavalcante Patrocínio dos Santos

Germana Costa Paixão

Heraldo Simões Ferreira

Jamili Silva Fialho

Lia Pinheiro Barbosa

Maria do Socorro Pinheiro

Paula Bittencourt Vago

Paula Fabricia Brandao Aguiar Mesquita

Sandra Maria Gadelha de Carvalho

Sarah Maria Forte Diogo

Vicente Thiago Freire Brazil

Cuidado

**dimensões, atores e
realizações em perspectiva
socioantropológica**

João Tadeu de Andrade
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães
Maria Sônia Lima Nogueira
Diego da Silva Medeiros
(Organizadores)

1ª Edição
Fortaleza - CE
2024

Ed
UECE

Cuidado: dimensões, atores e realizações em perspectiva socioantropológica

© 2024 Copyright by João Tadeu de Andrade, Emanoella Pessoa Angelim Guimarães,
Maria Sônia Lima Nogueira e Diego da Silva Medeiros

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

COORDENAÇÃO EDITORIAL

*Cleudene de Oliveira Aragão
Nayana Pessoa*

CAPA

MARCOS PAULO ALVES

PROJETO GRÁFICO

Narcelio Lopes

REVISÃO

Eleonora Lucas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cuidado [livro eletrônico]: dimensões, atores e realizações em perspectiva socioantropológica / (organizadores) João Tadeu de Andrade...[et al.]. -- Fortaleza, CE: Editora da UECE, 2024.
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Emanoella Pessoa Angelim Guimarães, Maria Sônia Lima Nogueira, Diego da Silva Medeiros.

Bibliografia.

ISBN 978-85-7826-927-2

1. Antropologia 2. Autocuidados de saúde 3. Ciências humanas
4. Saúde - Aspectos sociais 5. Saúde - Promoção 6. Sociologia
I. Andrade, João Tadeu de. II. Guimarães, Emanoella Pessoa Angelim.
III. Nogueira, Maria Sônia Lima. IV. Medeiros, Diego da Silva.

24-212058

CDD-301

Índices para catálogo sistemático:

1. Sociologia 301

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Todos os direitos reservados

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Apresentação

Esta coletânea resulta de iniciativa e esforço de pesquisadore(a)s e docentes do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde), da Universidade Estadual do Ceará (Uece), na reflexão sobre o cuidado em saúde. Somam-se a esse grupo estudiosos de diversas instituições acadêmicas no país, como Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal do Piauí (Ufpi), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal do Amapá (Unifap), entre outras identificadas nas notas biográficas dos autores.

A obra está composta por nove estudos independentes, organizados em capítulos. A maior parte dos textos apresentados foi feita em parceria autoral, o que demonstra a articulação de pesquisadores na apreciação do tema oferecido para esta publicação. A diretriz principal é dar visibilidade à dimensão sociológica e antropológica do cuidado movimentando o conceito para além da técnica protocolar/prescritiva do cuidado presente no referencial biomédico. Estudos sócioantropológicos posicionaram o cuidado como uma expressão de apoio social com-

plexo, um atributo fundamental para a manutenção da vida. Tal perspectiva, conjuntamente com a solidariedade social, realça a vulnerabilidade e a saúde do corpo como base ao desenvolvimento de componentes essenciais da vida social. Compreendemos o cuidado como uma produção no âmbito das relações humanas, uma arte de encontro dos sujeitos, expressas na atenção, na responsabilidade e no zelo; na escuta ativa, no respeito ao sofrimento e à história de vida, em multiplicidade de ambientes e tempos distintos. Por outro lado, o dinamismo da ordem social pode causar adoecimentos e/ou agravar o sofrimento dos usuários dos serviços de saúde. Diante dos múltiplos ângulos que envolvem o cuidado, essa coletânea se propõe a apresentar textos reflexivos, resultado de pesquisas empíricas ou teóricas, que perpassem os temas ambiente e cuidado; autocuidado e cuidado autoapoiado; cuidado e labor e memórias do cuidado.

A coletânea inicia com o capítulo *O cuidado integral através das mãos de um massoterapeuta em Fortaleza*. Seus autores trazem o rico itinerário de formação e atuação clínica de um profissional em massoterapia que, em dado momento da vida, perde a capacidade da visão. A reflexão, fruto de pesquisa antropológica, destaca a competência terapêutica construída, a adaptação profissional, o uso de um tipo de prática integrativa de saúde. O estudo realça a metodologia baseada em História de vida, confirmando a relevância teórica de tal estratégia.

Por sua vez, o texto seguinte trata das *itineranças de cuidado com mulheres grávidas*. Seus autores se voltam para a maternidade e o cuidado, os quais cons-

tituem realidades intimamente relacionadas. Estes autores reforçam que “o cuidado sempre esteve presente no processo de gestação, parto e pós-parto”, ganhando uma dimensão ampla para a saúde das mulheres. A análise apresentada ganha originalidade a partir do uso da antropologia fenomenológica de Tim Ingold, o que certamente acrescenta riqueza e refinamento ao exame desenvolvido.

Na sequência, o capítulo que trata sobre *cuidado paliativo e aparato religioso e espiritual* apresenta uma instigante reflexão sobre a representação da morte nas sociedades humanas. Destaca a diversidade de seu simbolismo e seu lugar nas práticas de saúde, chamando a atenção para as dimensões em que se relacionam sujeitos, subjetividades e cultura. As autoras concluem pela necessidade de se repensar as condutas de profissionais de saúde, pacientes e lideranças religiosas, em prol de políticas públicas mais efetivas diante da iminência da morte.

Em seguida, temos o capítulo que aborda o *cuidado psicossocial de crianças e adolescentes* acometidos de violência sexual. O assunto é tratado em conexão com a perspectiva da interdisciplinariedade. O tema realça a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que regulariza os serviços socioassistenciais no Brasil. As autoras destacam “os desafios da interdisciplinariedade nas práticas de cuidado no atendimento psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual”. Considerando a atuação de um Centro de Re-

ferência Especializado de Assistência Social (Creas), a reflexão põe ênfase sobre a interdisciplinaridade, concorrência profissional e burocratização do cuidado.

No texto *A praça e a cidade: ambientes públicos nos cuidados com a saúde*, os pesquisadores voltam-se para a cidade de Fortaleza, particularmente examinando a intervenção de espaços públicos em diversos bairros. Em ações da prefeitura, várias praças da cidade foram requalificadas com a instalação de parques infantis, academias ao ar livre, quadras poliesportivas e pistas de skate. Os autores fazem apreciação do assunto considerando o campo teórico das ciências sociais relativo ao cuidado em saúde. Concluem que as praças qualificadas contribuem para a valorização cultural de um modo de vida urbano saudável.

O capítulo intitulado *Cuidado étnico: o caso do povo Anacé no Ceará*, discutindo a categoria cuidado étnico, trata da importância do cuidado para a preservação da identidade do povo indígena Anacé no Ceará. Os autores destacam o impacto do megaempreendimento capitalista Complexo Industrial e Portuário do Pecém na vida desse povo, o que exigiu mais esforços dos cuidadores étnicos na garantia da preservação da identidade, da cultura e da memória indígena. Numa aproximação ao pensamento de Geertz, os autores relacionam cultura e modos de ser aos cuidados étnicos com a propriedade da antropologia.

O capítulo subsequente faz uma reflexão sobre vivências e ancestralidade, destacando os elementos saú-

de, terra e alimentação dos povos originários a partir de uma experiência de curso de extensão em Psicologia da Universidade Federal do Ceará com uma graduação indígena. A experiência contou com o desafio de ser desenvolvida em plena pandemia de Covid-19, num contexto de isolamento social, sendo, portanto, realizada totalmente de forma virtual. Ultrapassando um olhar antropocêntrico, as autoras se apropriam de um referencial biocêntrico para compreender a forma de viver a saúde e os possíveis desdobramentos para uma vida saudável e curativa dos povos indígenas.

No texto que trata do cuidado do povo Xavante, os autores situam a discussão em torno da estratégia do cuidado em um período de isolamento social ocasionado pela Covid-19. Trata-se de uma população indígena considerada a terceira mais vulnerável à epidemia no país. A estratégia de cuidado pensada a partir de seus líderes e pesquisadores resultou na produção e disseminação do manual bilíngue (português - *a'uwê mreme*) de plantas do cerrado. Essa estratégia considera não apenas o cuidado orientado pela biomedicina, mas também o conhecimento milenar do povo Xavante.

Por fim, o texto que fecha a coletânea oferece uma reflexão sobre o acidente trágico que acomete principalmente mulheres ribeirinhas da Região Norte do Brasil. Em uma pesquisa de cunho etnográfico, as autoras tratam do drama do escarpelamento vivido por mulheres da cidade de Macapá, identificando o barco como o principal meio de transporte dos habitantes que residem às

margens dos rios e a causa do escalpelamento. O estudo apresenta as narrativas, as experiências e o cotidiano da vida social dessas mulheres em suas comunidades ribeirinhas, bem como o problema de saúde pública e a luta das mulheres escalpeladas em seus itinerários terapêuticos por cuidados.

Os organizadores

Prefácio

Prof.^a Dr.^a Preciliana Barreto de Morais

As Ciências sociais e humanas em saúde têm se fortalecido ao longo das décadas. A construção desses saberes apresenta uma trajetória que se inicia desde os anos de 1930 e 1940, tendo seu marco no pós-guerra. Suas preocupações e discussões científicas foram fundamentais para edificar o pensamento e as análises socioculturais e políticas em saúde.

Entretanto, o desenvolvimento histórico e aprofundamentos de estudos voltados para a saúde e sociedade, em uma perspectiva sócio antropológica, passaram por vários desafios. Foi somente nas primeiras décadas do século 20 que a Sociologia se debruçou em trabalhos mais específicos no campo da saúde. Diante das mazelas sociais trazidas pela modernidade, como o aumento da insalubridade, a falta de saneamento básico nas cidades, o alcoolismo, a desnutrição infantil, as doenças infecciosas, entre outras questões de cunho epidemiológico, as pesquisas sociológicas enveredaram por análises de vieses problematizadores e críticos sobre tais fenômenos.

De acordo com alguns estudiosos da Medicina social, a história das Ciências sociais em saúde, mais especificamente na América Latina, foi iniciada por volta da década de 1930, e foram os antropólogos os primeiros a problematizarem o campo da saúde, como um fenômeno a ser pensado numa perspectiva sociocultural e política. Os antropólogos latino-americanos denunciavam a situação na qual os povos indígenas encontravam-se, que eram condições de exploração, como também as situações deploráveis de vida que permitiam, de forma expressiva, a entrada de várias doenças nessas comunidades.

Somente nos anos 1960 é que há um investimento em direção à Sociologia da saúde. Esse empreendimento se deu devido à abertura e ao desenvolvimento de pesquisas que contribuíram na construção dessa área específica com os usos das teorias e metodologias das Ciências sociais. Talcott Parsons aparece como uma importante referência com trabalhos que abordavam questões sobre os sistemas de saúde e sua funcionalidade, ganhando grande notoriedade entre os autores norte-americanos.

No Brasil, as Ciências sociais não possuíam uma tradição no campo da saúde. As pesquisas científicas nessa área foram iniciadas nos anos de 1930 com antropólogos que realizavam estudos com os povos da Amazônia, levando serviços de saúde pública até essa localidade. Somente na década de 1960, as Ciências sociais em saúde adentram o campo de maneira mais or-

denada, indo além da atuação somente de antropólogos. Nessa época, podemos destacar os estudos socioantropológicos de Gilberto Freyre como autor que contribuiu para a Sociologia e Antropologia da saúde com publicações acerca do doente e suas circunstâncias ambientais, de seus antecedentes socioculturais, da vocação médica, da socialização da medicina etc.

Entre as décadas de 1970 e 80, a fim de auxiliar nas questões de saúde no país, são fundados a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). No mesmo período, houve um grande incentivo de financiamento para que as pesquisas fossem realizadas nessa área. Mesmo com a produção brasileira no campo da saúde estando voltada mais a fatores imediatos e quantificáveis, e não a processos de médio ou longo prazo, ela progredia para realizar análises sobre as relações entre doenças e causas sociais. Com isso, os enfoques em políticas de saúde e vertentes que buscavam essa aproximação com o campo social se reafirmavam de forma mais sistemática.

Com o propósito de promover e dar continuidade aos estudos e às pesquisas contemporâneas nesse campo, o Observatório de Ciências sociais e humanas em Saúde (Observa Saúde), da Universidade Estadual do Ceará, nos oferta uma coletânea de artigos que registram a contribuição fecunda de conhecimentos sobre temas que carecem de continuar sendo analisados, problematizados e trazidos ao público nas sociedades atuais.

Nomeado anteriormente como Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), esse *locus* de estudos e pesquisas foi criado em 2004 com apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Tendo como propósito desenvolver pesquisas, divulgar informações, realizar parcerias interinstitucionais, conduzir cursos, analisar políticas públicas dentro do campo das Ciências sociais em saúde, o Observa Saúde estabelece uma fecunda troca de experiências com as áreas da Saúde e das Humanidades, reunindo alunos de graduação e pós-graduação, além de docentes e pesquisadores com grau de doutorado. Ao longo dos anos, tem mantido articulação com universidades e instituições do Ceará e do Brasil, Redes de Observatórios do Ceará, Brasil e Canadá.

Nos três anos recentes, o observatório tem atuado com diversas linhas de pesquisa, entre as quais: formação médica, saúde indígena, medicina integrativa, estudos biográficos, juventude e ISTs/Aids, gênero e educação em saúde. Seus integrantes têm atuado também na produção de livros e artigos, participação em congressos e em bancas examinadoras, além da produção de *lives* com pesquisadores e profissionais de saúde.

Como fruto do compromisso do grupo de pesquisadores com temas essenciais à promoção da saúde individual e coletiva, a Coletânea em questão entrega para o público universitário e para a sociedade em geral discussões fundamentais sobre a importância de outros

ritos médicos como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que trazem conhecimentos e técnicas preventivas, reconhecendo o indivíduo como um ser completo e complexo; a maternidade e o cuidado de mulheres grávidas, que representam a continuidade da vida social, trazendo reflexões em torno da tensão entre a oferta de serviços médicos e o trato da condição feminina em estado de gestação; a questão da crença se apresentando como um amparo religioso e espiritual e um cuidado paliativo para sujeitos que se encontram prestes a ultrapassar a linha tênue entre vida e morte; os desafios da interdisciplinaridade de saberes e práticas de cuidados na atenção psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; a apropriação dos espaços públicos pelos sujeitos que buscam capitais de saúde, ressaltando os dilemas e as possibilidades dos usos da cidade pelos cidadãos; os cuidados étnicos direcionados aos povos indígenas no Ceará, além das experiências extensionistas com os povos originários e a relação desses povos com o Covid e a flora do cerrado, apontando a urgência de discutir sobre temas que evocam políticas públicas sistemáticas e comprometidas em época de problemas ambientais e de afirmação de identidades populacionais; as mulheres escalpeladas, analisando o universo dos desafios enfrentados por esse segmento, vislumbrando o cuidado com o corpo como uma possibilidade de superação em tempos de lutas individuais e coletivas.

Nesse sentido, a Coletânea nos remete a compreender que as pesquisas desenvolvidas pelas Ciências so-

ciais e humanas em saúde têm funcionado como um farol essencial para a abertura, a interdisciplinarização e a consolidação desse campo, fato que será confirmado pelos nove trabalhos supracitados que teremos o prazer de ler e que certamente nos levarão a defender a continuidade da humanização em saúde, seja por meio de novos ritos acadêmicos e médicos, seja pela integração de outros cuidados de saúde que venham se somar a esse universo tão controvertido e complexo que são a condição humana, a manutenção da saúde global e a permanência das Humanidades na sociedade.

Sumário

Apresentação | 5

Prefácio | 11

Prof.^a Dr.^a Preciliana Barreto de Morais

O cuidado integral através das mãos de um massoterapeuta em Fortaleza | 19

*João Tadeu de Andrade
Luany Queiroz*

Sobre a maternidade: itinações de cuidado de mulheres grávidas | 42

*Maria Sônia Lima Nogueira
Diego da Silva Medeiros
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães*

Quando o aparato religioso e espiritual é um cuidado paliativo | 65

*Francisca Verônica Cavalcante
Ianne Paulo Macêdo*

Desafios da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias) em um CREAS | 87

*Irlena Maria Malheiros da Costa
Claudia Maria Inácio Costa*

A praça e a cidade: ambientes públicos nos cuidados com a saúde | 110

*Antônio Fábio Macedo de Sousa
Preciliana Barreto de Morais*

Cuidado étnico: o caso do povo Anacé no Ceará | 131

*Mônica Simioni
Eliana Aparecida de Paula Silva
João Tadeu de Andrade*

Raízes e vivências ancestrais: saúde, terra e alimentação pelos povos originários | 150

*Zulmira Áurea Cruz Bomfim
Nara Maria Forte Diogo Rocha
Andie de Castro Lima*

Cuidado do povo Xavante na COVID-19 e as plantas do cerrado | 167

*Érica Soares Assis
Nelson Filice de Barros
Diogo Amhõ Juruna*

Remando o próprio barco: o cuidado em saúde e modo de vida de mulheres escalpeladas na Amazônia amapaense | 183

*Úrsula Stephanie Ferreira de Souza
Maria da Conceição da Silva Cordeiro*

Biografia dos autores | 207

O cuidado integral através das mãos de um massoterapeuta em Fortaleza

João Tadeu de Andrade
Luany Queiroz

1 Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) representam um conjunto de conhecimentos e técnicas que vão além da medicina convencional ou biomédica, atuando numa sistemática preventiva, levando em consideração a perspectiva de integração na tríade corpo, mente e espírito. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), as PICS buscam atuar na prevenção de agravos por meio de uma escuta acolhedora, embutindo, no sistema de saúde, um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo. Esse modelo, ou, utilizando-se do conceito de Luz (2003), esse tipo de “racionalidade” estima os aspectos diversos presentes na vida dos indivíduos, como os biológicos, emocionais, culturais e sociais, priorizando uma abordagem integral do cuidado em saúde. Essa racionalidade opõe-se ao paradigma biomédico, que adota práticas de cura centradas na doença, visualizando o corpo humano como “máquina”, que remete ao modelo

cartesiano de base mecanicista advindo da ciência moderna (Nascimento *et al.*, 2012; Andrade; Costa, 2010).

No Brasil, principalmente a partir da década de 1980, fomentaram-se discussões sobre o uso e a abrangência das práticas relacionadas à saúde e ao autocuidado, anteriormente denominadas medicinas “alternativas”. Esse período histórico marca uma série de movimentos sociais que, desde meados da década de 1970, busca reconsiderar diversas instâncias no campo da saúde. Sobre esse momento, Paim (2018) relembra alguns dos principais movimentos sociais¹ que pautavam em suas lutas uma série de garantias de direitos. O Movimento da Reforma Sanitária, especificamente, representou uma importante guinada no sentido de uma construção coletiva do direito à saúde, propiciando, por exemplo, a implantação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), culminando na inserção dos modelos de atenção primária no sistema público de saúde. Portanto, a produção de saberes e a construção democrática das práticas em saúde denotam as novas concepções que aprimoram as relações entre terapeutas e pacientes, priorizando a conduta de prevenção, indo além da forma exclusivamente medicamentosa de tratamento (Luz, 2005).

1 Alguns desses movimentos foram marcos importantes para as mudanças que vieram após eles, como as greves do ABC paulista, o movimento Diretas Já, Movimento da Reforma Agrária na luta pelo direito à terra e dos trabalhadores rurais, assim como a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da luta Antimanicomial, movimento contra hegemônico contra a psiquiatria clássica, pautada no modelo biomédico de medicalização da loucura e de exclusão dos considerados “doentes mentais” (Figueiredo, 2019). É relevante observar o fato de que essas reivindicações iam além do campo da saúde, esse momento em ebulição colocava “em xeque” todas as instâncias sociais que clamavam por uma agenda de reformas democráticas (Paim, 2018).

Esse contexto favoreceu o reconhecimento e alastramento das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), e, aproveitando esse momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elabora estratégias para impulsionar as MTCI nos sistemas públicos de saúde das Américas. Para a OMS, as nações devem reconhecer e avaliar o papel da MTCI em seus sistemas de saúde, adaptando-a de acordo com a sua realidade, assim como deverão ofertar recursos econômicos para pesquisa, educação e treinamento (OMS, 2002).

Em convergência com essas estratégias, em 2006 o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) no SUS, reconhecendo algumas dessas práticas. Em maio de 2006, foi lançada a Portaria n^o 971, que legitimou cinco especialidades (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Plantas Mediciniais e Fitoterapia e Termalismo social/Crenoterapia). Somente onze anos depois, em março de 2017, o Ministério da Saúde referendou a Portaria n^o 849, adicionando ao rol de especialidades mais quatorze práticas (Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga). Além disso, em março de 2018, na Portaria n^o 702, são acrescentadas mais dez especialidades (Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapias Florais). Em suma, ao longo desses anos, são 29

práticas atualmente presentes no SUS, desempenhando um papel fundamental na difusão das PICS, e, conseqüentemente, sendo um dos fatores germinativos para a formação de terapeutas e especialistas em PICS.

O terapeuta em PICS assume um papel necessário no acolhimento do paciente, vislumbrando além da patologia ou anomalia em si. É criado um ambiente de cura com a promoção do autocuidado, intuindo emergir os aspectos de vida subjetivos, relacionando os sintomas fisiológicos e psicológicos dos pacientes. O autocuidado abrange a dimensão da autonomia do sujeito e seu próprio conceito de saúde-doença (Tesser; Barros, 2008), rompendo assim a tríade de dependência entre paciente-doença-médico, na qual o indivíduo assume a responsabilidade por si. Em suma, o papel do terapeuta integrativo é evocar esses aspectos juntamente com o paciente.

Com o crescente aumento e procura pelas PICS, tanto no setor público quanto no privado, tem se observado que, apesar do intenso processo de medicalização e biomedicalização² que permeia a sociedade, ainda há uma intensa procura da população por essas práticas. Essa procura geralmente ocorre combinada aos tratamentos biomédicos convencionais, de forma espontânea e autônoma ou de modo complementar a algum tratamento, acentuando o contexto de pluralismo terapêutico (Tesser *et al.*, 2018; Helman, 2009). Neste capítulo, buscaremos

² A biomedicalização social é compreendida como um processo complexo, multissituado e multidirecional no qual a medicalização é redefinida em função das inovações advindas com a biomedicina tecnocientífica. A ênfase dada pelo prefixo bio corresponde precisamente às transformações de elementos humanos e não humanos que só se tornam possíveis graças às inovações tecnocientíficas (Rohden, 2017, p. 39).

relacionar os aspectos envolvidos na formação terapêutica de um profissional que trabalha com as PICS e como o conceito de cuidado está entrelaçado com sua prática.

A noção de cuidado, tal como preconizam Bosi e Uchimura (2006), está intrinsecamente vinculada ao conceito de integralidade, conferindo um sentido amplo de existência da vida humana de modo a ir além do sentido técnico do atendimento em saúde. A integralidade também é um dos princípios que embasam o projeto do SUS, considerando os sujeitos como seres múltiplos, marcados por contextos e interações ao longo de suas vidas. O cuidado integral, nessa perspectiva, é inicialmente uma proposta dialógica, considerando que sua ação envolve não apenas o usuário, mas toda a rede de pessoas envolvidas, ultrapassando os limites do corpo biológico (Franco; Hubner, 2019; Ayres, 2001).

Por conseguinte, este capítulo tem por objetivo analisar a história de vida de um massoterapeuta autônomo atuante na cidade de Fortaleza e seu processo de formação como terapeuta integrativo, além de compreender a proposta de cuidado integral presente em sua atuação profissional. É possível se questionar até que ponto essas trajetórias de vida podem inferir do saber terapêutico dos especialistas em PICS, associando-as com algumas categorias, tais como saúde, doença, trabalho e formação, todas sob o prisma da história de vida do massoterapeuta estudado.

A pesquisa conta metodologicamente com a escolha da história de vida como a ferramenta utilizada na pesquisa para analisar o fenômeno proposto. No caso deste estudo,

a escolha de se trabalhar com história de vida se justifica principalmente por ser um método capaz de apreender a noção de processo. Essa noção de processualidade inerente ao ato de pesquisar remete ao que Howard Becker (1993) denomina “modelo artesanal de ciência”, o qual caberá aos sociólogos elaborar ou reelaborar as teorias e métodos de acordo com o trabalho que está sendo feito e com os fenômenos que estão sendo revelados ou interpretados por eles. A escolha foi realizar essa história de vida de forma tópica (Minayo, 2012), ou seja, a partir de alguns eventos-chave que ocorreram na vida do interlocutor que o fizeram vir a ser um massoterapeuta. Por se tratar de uma pesquisa essencialmente qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas apenas por tópicos norteadores, sem perguntas fechadas, com intuito de deixar o interlocutor à vontade para discorrer livremente sobre os principais fatos de sua jornada. O capítulo está dividido em três seções: o ponto de virada, o caminho e o terapeuta. Esses tópicos “passeiam” pelos fatos narrados pelo interlocutor e facilitam a apreensão de alguns elementos-chave que revelam a proposta terapêutica de cuidado do terapeuta pesquisado.

2 O ponto de virada: encontro com a massoterapia

A primeira questão a ser abordada diz respeito aos antecedentes que motivaram Naldo, como prefere ser chamado, a se interessar por trabalhar com as práticas integrativas. Natural da cidade de Fortaleza, ele atuava profissionalmente na área de Administração e Logística e, em meados de 2007, começou a perder a sua visão em decorrência de um glaucoma precoce.

O quadro de sua doença, combinado com um trabalho estressante, má alimentação e consumo de bebidas alcoólicas resultou na perda de sua visão com apenas 34 anos, “[...] eu já tinha glaucoma, mas a perda se deu a acontecer em um ano, que foi um dos anos que mais trabalhei, com 34 anos, no auge da profissão”.

Conjuntamente, o ambiente de trabalho tem sido um dos catalisadores de doenças geradas pelas rotinas de trabalho; uma das estratégias geradas pelo atual modelo socioeconômico foi a flexibilização da jornada de trabalho. Mas com ela veio a expansão massiva do uso das tecnologias. Dessa forma, o trabalho sai do ambiente físico da empresa e chega a ocupar o resto do tempo do trabalhador que passa a estar e trabalhar on-line, além das horas contratualmente exigidas. Consequentemente, essas dimensões do trabalho têm ocasionado o adoecimento dos trabalhadores no contexto atual (Cardoso, 2015).

Pela sua fala, pode-se notar um paradoxo que permeia as relações de trabalho atualmente. Para Luz (2003), a saúde é uma condição necessária para poder se conquistar uma posição de trabalho, utilizando o exemplo de Naldo, que, ao perder sua visão, afirma que ficou “complicado” continuar em seu antigo emprego, já que não estava mais apto, ainda que tenha tentado permanecer mesmo após o incidente.

Assim, é notório que os ambientes de trabalho têm adoecido os trabalhadores, física e psicologicamente. Logo, é preciso ter saúde para se trabalhar, mas o trabalho cada vez mais adquire potencial adoecedor, e essa é a maior contradição que emana desse campo.

Apesar das contradições inerentes ao trabalho, esse fato ocorrido na vida do interlocutor se tornou o seu ponto de virada. Essa situação adversa fez com que ele mudasse completamente, não apenas seu estilo de vida, mas também sua forma de subsistir, pois o seu antigo trabalho não se adequava à sua nova condição.

Então eu procurei uma coisa que se encaixasse para ter uma independência profissional e financeira [...] vi que a massoterapia era uma atividade que ao exercer dependeria unicamente de mim e do meu conhecimento, aí me encantei, procurei a Associação de Cegos do Estado do Ceará, a ACEC, que também tinha cursos na área e comecei a me especializar, fiz Shiatsu, a modeladora, a drenagem linfática, a relaxante, a esportiva, fiz tudo em Fortaleza que tinha pra fazer.

A prática da massoterapia para Naldo, mesmo após 10 anos trabalhando com essa técnica, continuava sendo uma motivação devido a seu caráter integrativo, uma vez que para ele a “causa raiz” de problemas físicos ou psicológicos está muito além do corpo em si e são capazes de serem tratados pelo toque das mãos.

Se eu tivesse conhecido a massoterapia antes eu não teria perdido a visão. A influência do dia a dia no corpo é quase 100%, tudo o que você pensa, tudo que você come, tudo que você faz se reflete diretamente na tua estrutura ósseo-muscular, na estrutura sanguínea, respiratória... (breve pausa) você é uma influência de si mesmo.

Todas as experiências vividas o fizeram desejar replicar os benefícios dessa prática integrativa, sendo o facilitador para que outras pessoas pudessem atingir um estado de bem-estar. Os seus percalços o tornaram portador de um sentido extremamente sensível para captar e mapear seus pacientes, mesmo sem literalmente enxergá-los.

3 O CAMINHO: PROCESSO DE FORMAÇÃO

Em sua jornada para ascender na nova profissão, ainda no início de sua formação técnica em massoterapia, Naldo já encontrou as suas primeiras dificuldades.

Não tinha apostilas, não tinha CDs. O material era visual nas apostilas, letras à tinta, não havia braile ou materiais via áudio. Teve que ser na decoreba mesmo [...] A minha estratégia foi: eu sou a cobaia. Quando alguém pensava em dizer que precisava de cobaia eu já estava deitado na maca. Então eu fui a cobaia em tudo [...] Eu era o esqueleto vivo. Foi a maneira que eu encontrei.

Após todos os reveses, conseguindo concluir sua formação em massoterapia, Naldo partiu em busca de trabalho em sua nova área, mas esbarrou em outros obstáculos ao tentar ingressar no mercado. “Ninguém queria me dar vaga, acharam que seria difícil eu me locomover (...) o mercado não se abriu pra mim, eu tive que entrar na marra”. A princípio, a função de massoterapeuta foi escolhida para poder “pagar as contas”. Alguns empecilhos surgiram para que ele pudesse entrar nesse mercado:

Primeiro, eu não tinha experiência, eu fiz o curso e me disseram aquela frase “te vira”, não teve nada [...], segundo, a deficiência visual [...] e uma outra questão também era o material, como se trabalha sem material? Eu não tinha. Outra questão também, em termos de valores, eu não sabia quanto valia a minha profissão, quanto eu deveria cobrar [...] e já que ninguém me ajuda eu vou me ajudar.

Em busca de “se ajudar”, entre 2009 e 2010, Naldo juntou-se com alguns amigos e assim surgiu a iniciativa de criar um grupo profissional de massoterapia. Durante três anos, junto com outros massoterapeutas, ele teve a oportunidade de aprimorar a sua técnica e, na medida em que conquistava mais clientes, foi sendo chamado para eventos e para ser *freelancer* em algumas empresas e academias do ramo, mas não deixou o seu projeto do cajueiro,³ pois era um espaço no qual se sentia à vontade. E assim, exponencialmente foi crescendo, junto com a sua satisfação pessoal.

No início foi pensando em pagar as contas, mas quando eu vi que isso ia ser divertido, pelo simples fato de ser progressivo, de poder fazer com que isso crescesse, treinar outras pessoas, colocar outras pessoas nessa área e, também, ajudar outras a não perder o que eu perdi, foi satisfatório. Não estar tão focado tanto no financeiro foi o que fez dar certo.

3 A Floresta Urbana Sombra do Cajueiro, localizada em Fortaleza, é um espaço terapêutico que reúne experiências em agrofloresta e com terapias multidisciplinares, tais como yoga, massoterapia e meditação.

Naldo conseguiu ultrapassar a barreira da “cultura da latinha”,⁴ que o mesmo assume existir, relacionada aos deficientes visuais e a como a sociedade os concebe: “cego é pra tocar violão e pra receber moeda”. O rompimento com essa mentalidade é o diferencial para a sua permanência no mercado da massoterapia, uma vez que “os profissionais que se destacam, eles não se destacam para os outros massoterapeutas, eles se destacam para si e guardam aquilo dentro de uma sala”. Essa detenção do saber, conforme Naldo cita, revela o receio que alguns terapeutas possuem de perderem seus clientes caso repassem os seus saberes para os demais profissionais. Por conseguinte, o mercado da massoterapia “ainda se encontra muito disperso”.

De uma certa forma, esse pensamento pode ser considerado tecnocrático, vindo a romper com algumas romantizações do senso comum no que concerne às PICS. Elas podem ser vistas como práticas “pagas com amor” e até mesmo não serem vistas como uma profissão. Naldo rompe essas concepções:

Quer queira, quer não, por mais que a gente trabalhe com energia, com sensibilidade, por mais que a gente trabalhe com a saúde e o bem-estar alheio, nós precisamos sobreviver no mercado. Temos que repassar esse dom, mas ele gera um custo, que é a nossa remuneração. Não dá pra brincar de fazer o bem sem olhar a quem se você não ganha com isso.

4 O interlocutor refere-se ao fato dos deficientes visuais sensibilizarem as pessoas a oferecerem ajuda financeira direta, coletando as moedas em suas latas nas praças públicas ou em lugares com grande fluxo de transeuntes.

A sua própria sobrevivência nesse meio foi turbulenta com algumas instabilidades: “nós somos os primeiros a sermos cortados, e os últimos a sermos contratados”. Diante da medicalização que assegura um alívio com mais rapidez das enfermidades, a permanência das técnicas em PICS se torna cada vez mais difícil.

Contudo, a sua jornada de vida, sua forma de se relacionar com os seus pacientes-clientes o tornou distinto dentro de sua área. Ao adentrar seu local de trabalho, é perceptível a interação com os elementos naturais: há a presença de árvores e uma parte fica a céu aberto, o que permite uma boa luminosidade no local. É um ambiente amplo, como uma grande casa, e os quartos transformados em salas de atendimento. Não há formalidades, o local é simples, e Naldo faz questão de enfatizar: “não precisa falar baixo, não precisa tirar o sapato, não precisa fazer reverência, não tem um culto à terapia”.

Dessa forma, a sua prática tornou-se bastante acessível, inclusive para alguns setores que não se enquadram no que ele se refere de “público A e B”, constituído por pessoas com maior poder aquisitivo e que são os maiores consumidores no setor privado das PICS⁵. A gama de pacientes vai do “público de A a Z. Nós fizemos de uma forma que pudéssemos atender com custo baixo [...] indo do dono de uma empresa ao zelador.” E, mesmo

5 Essa afirmação consiste em uma hipótese proveniente do projeto de pesquisa da chamada Universal MCTIC/CNPq, Especialistas em PICS no Ceará: formação terapêutica e atuação profissional, realizado entre 2019 a 2021. Das 37 instituições pesquisadas durante a realização do estudo em Fortaleza, 24 delas são do âmbito privado. Isso pode evidenciar o fato de que, apesar do incentivo e propagação das PICS na rede pública, existe um mercado influente de profissionais PICS no âmbito privado. Há uma demanda que supre e sustenta os profissionais autônomos do setor privado.

focando a maioria dos seus atendimentos, em atletas e esportistas, foi entendida a necessidade da expansão do público, como afirma Naldo: “é dona de casa, carteiro, motorista, que realizam um evento de repetição, cada um na sua necessidade, que também são atletas.”

Com um jeito bastante comunicativo, alegre e autêntico, Naldo foi conquistando a simpatia dos frequentadores acreditando que seu maior diferencial enquanto massoterapeuta é a relação que consegue estabelecer com os clientes: “o que mais necessitamos hoje é a convivência, o afago, a troca de experiência [...]. Não só existe uma sala escura que só as mãos funcionam”.

Mesmo já consolidado, com uma carta de clientes e já conseguindo subsistir com sua atividade profissional, alguns entraves judiciais relacionados à sua prática profissional e ao direito de exercê-la chegaram a ocorrer, e, assim, ele chegou a receber algumas autuações.

Ai tivemos que pesquisar, acionar advogado, ir na prefeitura e chegar lá e eles não entendem bulhufas do que estava acontecendo, porque eles não sabem o que é massoterapia, nem nada [...]. Está tudo misturado. Mas temos a nossa fronteira, não trabalhamos com a cura, não damos diagnóstico, não aconselhamos medicamentos.

Para Tesser (2009), a falta de articulação das PICS favorece a sua referência como práticas dispensáveis e, através desse relato, pode-se notar que há uma falta de coalizão dentro do campo, entre os próprios terapeutas e os órgãos reguladores.

4 O terapeuta: singularidades de uma profissão

Os caminhos percorridos em sua vida pessoal e profissional, que não possuem distanciamento uma da outra, levaram Naldo a estabelecer uma maturidade em sua atuação terapêutica, que foi muito além de seu certificado como técnico em massoterapia, e suas experiências adquiridas ultrapassaram quaisquer barreiras físicas e externas.

Não é técnica, não é repetição, é muito mais do que isso [...] cursos de massagem tem muitos, pessoas que recebem um certificado de técnico de massoterapia tem muitos, mas só 10% se destacam, e esses 10% não estão ali só pelo que aprenderam, e sim pelo que estão aperfeiçoando hoje em dia.

A essência da massoterapia na concepção de Naldo está nas mãos. De acordo com ele, não há aparelhos que substituam esse trabalho. É um trabalho altamente intuitivo que não segue regras. Essa essência é de fato considerada singular e vem com a sua assinatura de autenticidade, tendo em vista que é uma combinação de outras vertentes de massagens, não há um manual de passos a seguir. O terapeuta crê que estabelecer um protocolo para si e para a sua equipe seria tirar sua “altivez” e “naturalidade”.

É intuitivo, que vai juntar com um pouquinho do shiatsu, um pouquinho da reflexologia, um pouquinho do alongamento, da esportiva, da drenagem, das pedras quentes. Me dão a bagagem pra fazer não apenas a massagem,

mas suprir as necessidades. Não estou preso a sequências, nem repetições, eu só tenho que saber o que faz mal e não fazê-lo. Porque no momento que eu dou um protocolo de passos, eu tô te limitando, eu não gosto de fazer isso porque eu não aceito que façam comigo. Nós treinamos muito manobras para cada situação, mas eu não posso limitar. A massoterapia é desenhar no corpo do outro o bem estar dele, é dar o que tenho de melhor. E o que eu tenho de melhor muitas vezes é diferente do que você tem de melhor e muitas vezes o que você precisa não é o que eu preciso, então a gente não cria protocolo de repetição, porque não tem como, eu vou tá tirando tua altivez, tua sensibilidade. Você vai passar uma hora ali só puxando, só trabalhando mão, porque você sentiu que aquilo que ela precisava, daí sim os procedimentos de mão são quase semelhantes, a gente treina manobra, senão você vai passar uma hora ali fazendo cafuné, ou simplesmente puxando os dedos dos pés... Vai caber muito a necessidade, a troca de ideias, senão tem pessoas que vão passar uma hora ali conversando, isso é a massagem, tirando isso é a cadeira automática de massagem, ela tem protocolos.

Nessa passagem da fala do entrevistado é possível perceber o sentido que o cuidado tem na condução terapêutica de Naldo, ao “desenhar no corpo do outro o bem-estar dele” nota-se a relação mútua de confiança estabelecida entre o terapeuta e a pessoa cuidada. A não existência de um protocolo fixo de atendimento reflete bem a questão que Franco e Hubner (2019) trazem

a respeito da dimensão multidimensional do cuidado. Não há um protocolo padrão porque o entendimento do massoterapeuta é de que as pessoas são únicas e dessa maneira possuem necessidades singulares. A integralidade é um ponto de partida importante para se pensar no projeto terapêutico empreendido pelo massoterapeuta em questão, já que é levada em consideração a condição multifatorial de saúde e bem-estar.

Nessa visão, o cuidado vai além da aplicação de técnicas e de recursos. O ato de cuidar é uma tecnologia embasada na experiência e diálogo mútuo, dito pelo interlocutor como a “troca de ideias” entre os agentes envolvidos. Uma das formas de cuidar que é enfatizada na fala do terapeuta pode ser categorizada ao que Merhy (2005) denomina de tecnologia leve, a qual engloba as relações, a criação de vínculos e a atenção integral.

Essa troca de ideias é uma característica marcante de sua ação terapêutica, utilizando a comunicação direta com o paciente como ferramenta recorrente em seus atendimentos. A utilização da fala, mesmo durante a massagem, permite a potencialização da energia vital à região tocada e, juntamente com as combinações de técnicas, permite ao terapeuta maior segurança ao conduzir a prática, sendo capaz de ir liberando os grupos musculares com mais facilidade, prolongando a sensação de bem-estar (Veronese; Martins, 2010). Ao definir sua técnica, Naldo usa a conversa como método eficiente para aguçar suas percepções:

Eu vejo com as mãos, enquanto estamos conversando no atendimento eu estou te vendo. Estou mapeando quem é você fisicamente e quebrando as barreiras da comunicação. Quanto mais você fala mais eu posso saber a respeito de teu corpo, porque muitas vezes uma tensão não por um esforço repetitivo, ela é por bloqueios psicológicos.

A conversação faz com que as intervenções terapêuticas sejam dialógicas e é uma das ferramentas utilizadas por Naldo, tornando sua prática peculiar, tendo em vista que a perda da visão não impediu o aprimoramento de sua prática. Ao “ver com as mãos”, o interlocutor nos comunica que sua visão ultrapassa os limites físicos de certo modo, é possível captar as emoções, a afetividade que há no processo de se comunicar com seus clientes, ao entender as demandas que cada sujeito traz. Ao entrar nas sinuosidades particulares de cada paciente, Naldo quebra a relação paciente-cliente e parte para uma relação de troca, uma parceria, pois ele dá “o que tem de melhor”, que é a sua técnica com as mãos e em troca recebe não só a remuneração financeira.

Muitas vezes é indicado nos cursos que você não tem opinião pra dar, mas tem! (enfático) Eu sou um ser pensante [...] só abrimos um leque para que se fale. E dentro do que você fala, nós podemos brincar de experiências, podemos trocar ideia.

As pessoas, para o terapeuta, estão cada vez mais carentes da conversação, pois a presença do mundo online causa uma lacuna na comunicação entre pessoas,

tornando-as mais distantes. E o agravante maior seria a geração de uma insensibilidade emocional, mas que, apesar disso, nada substituirá o contato humano, transcendendo as barreiras físicas.

[...] nossa profissão nunca vai acabar, as máquinas são seres repetitivos, nós somos seres intuitivos. Essa experiência que vai além do físico, ela não acaba, que é o calor humano, o toque, a troca de energia, é o querer fazer bem. A gente cita a questão financeira porque é a manutenção, mas não tem dinheiro que pague.

Essa troca de energia transferida entre terapeuta e paciente ocorre de maneira intensa: “quando eu faço uma massagem, eu também me massageio”. Assim, Naldo afirma que a sua maior conquista profissional e pessoal é atender a quem gosta e com quem tem uma relação, embora anteriormente não pudesse fazer esse tipo de escolha, pois “a pessoa se vai, mas a energia dela permanece aqui”.

A respeito dos efeitos da massoterapia e os benefícios apontados, o massoterapeuta elenca:

Redução da dor de cabeça, tensão, estresse, alteração de pressão, a redução de dores, a dor muscular em si causada pelas tensões e estresse ela incomoda e isso reduz a qualidade de vida, a saúde. Então, a massoterapia ela soma e acaba reduzindo a quantidade de medicamentos, como relaxantes musculares, acaba criando uma desinflamação natural do próprio corpo. São muitas situações. O que a gente mais vê é a depressão; ajuda muito com o calor humano.

Apesar dos vários benefícios, o terapeuta faz questão de delinear os limites de seu campo de atuação e reitera o sentido de complementaridade das práticas integrativas e da massoterapia. Faz parte de seu projeto terapêutico uma forma de cuidado complementar:

Ela (a massoterapia) é uma prática integrativa, não posso dizer uma prática de saúde, porque unicamente não. Ela auxilia no processo de bem-estar e qualidade de vida, mas ela não pode ser substituída por um remédio ou um procedimento de fisioterapia. Eu acho que a medicina e a própria fisioterapia sim é um procedimento de saúde. Mas nós não. Nós somos uma integrativa, nós auxiliamos, nós ajudamos, estimulamos, mas se é procedimento de lesão não pode ser conosco. Então, já tem indicação pros fisios e médicos parceiros.

Depois de mais de dez anos de atuação e apesar da expansão de seu negócio, o terapeuta ainda faz questão de manter a simplicidade e autenticidade presentes na sua terapêutica e que prefere manter a qualidade de seu ofício do que a quantidade, “ [...] no início eu fazia cento e cinquenta atendimentos mês; hoje eu faço dez, porque eu faço aquilo que eu te disse, eu atendo as dez pessoas que eu gosto ou uma indicação de uma pessoa que eu goste”. Essa seletividade traduz bem a reciprocidade que o cuidado pode assumir entre os sujeitos envolvidos, quando ele massageia uma pessoa de certo modo também está se massageando. Essa troca de energia é nítida em suas falas e revela uma proposta de cuidado que é capaz de ultrapassar as barreiras físicas, partindo para o acolhimento e escuta.

Considerações finais

A partir dos diálogos apresentados do massoterapeuta, é possível ter um vislumbre sobre como seu processo de formação foi influenciado por alguns fatos ocorridos em sua vida. O ponto de virada consistiu o marco em que a história de vida começa a ser delineada, captando o momento no qual o interlocutor se motiva a trabalhar com uma prática integrativa: a massoterapia. O caminho representa o início árduo de sua jornada enquanto terapeuta, desde seus obstáculos para aprender o ofício a conseguir subsistir com sua prática. E, por fim, o terapeuta funda os elementos de sua formação terapêutica singularizada pelas suas experiências vividas, relatando a forma com que compreende o cuidado integral.

As PICS foram apresentadas ao longo deste capítulo como uma dos modos de potencializar a característica integral e, sobretudo, complementar o que a saúde pode assumir. Podemos estender esse debate para as novas formas de promover saúde, compreendendo que este conceito ultrapassa a barreira da “ausência de doença”. Ela pode ser formulada como meio de empoderamento individual e comunitário, dissociando-se dos vínculos de dependência normatizadores, reproduzidos pela medicina científica. Isso tudo sem anular a existência das PICS pela biomedicina, mas ampliando o sentido complementar que a saúde pode assumir, regularizando e fortalecendo suas institucionalizações.

Essa perspectiva assume significativo potencial quando se adentra a posição assumida pelos promotores das PICS, no caso os terapeutas. Por outro lado, além de uma ferramenta metodológica, as histórias de vida são capazes de funcionar como uma junção entre estrutura teórica e experiência para se compreender a realidade. Assumir uma análise tópica, ou seja, a partir de um momento específico, facilitou para que fossem mais aprofundados alguns elementos essenciais para a pesquisa. Ao mirar Naldo em pontos “microscópicos”, foi possível enxergá-lo de um modo abrangente e correspondente a uma realidade que está além dele mesmo.

Com sua história, Naldo nos mostra bem essa sutileza após um evento inesperado em sua vida, no qual ele foi capaz de repensar sua profissão e, principalmente, guiar sua nova visão a um outro caminho. Suas mãos e seu conhecimento não são necessariamente concebidos como um “dom”, mas, sim, como a materialização de suas caminhadas e experimentação de ideias. As dificuldades enfrentadas em sua nova ocupação, a inserção no mercado, sua elaboração comunicativa advinda de uma necessidade dos atuais dias, nada mais são do que fragmentos representativos para que possamos compreender o sentido de um cuidado integral. Portanto, mais do que nunca se faz necessário considerar a importância da perspectiva integral que o cuidado pode assumir nas relações de saúde, se tornando um referencial promissor para que as discussões sobre saúde alcancem cada vez mais o campo dos estudos sociológicos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduína Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>. Acesso em: 3 jun. 2022

BECKER, Howard. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde e Pública**, São Paulo, v.41, p. 150-153, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2007.v41n1/150-153/pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 702 de 28 de março de 2018. **Diário Oficial da União**. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 8.jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 849 de 27 de março de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 7 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 971 de 3 de Maio de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 7 jan. 2019.

FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 93-103, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JdtDgQDJjyVqVDtMJ5K6bhq/?lang=pt>. Acesso em 19 jul. 2022.

HELMAN, Cecil. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Art-med, 2009.

LUZ, Madel. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2022.

LUZ, Madel. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2022.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 261-266, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract. Acesso em: 28 mar. 2022.

NASCIMENTO, Marilene Cabral et al. Produção Científica em Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 13-21. 2012. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CNTC/article/view/1000/945>. Acesso em: 3 mar. 2022.

OMS. **Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional**. Ginebra, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Acesso em: 16 mai. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021

ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. **Horizontes Antropológicos**, v. 47, p. 29-60, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/horizontes/144>. Acesso em: 5 jun. 2022

TESSER, Charles Delcanale, et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500174&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 mai. 2022.

TESSER, Charles Delcanale; BARROS, Nelson Filice. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: Pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 31 mai. 2022.

VERONESE, Marília Veríssimo; MARTINS, Marina Rodrigues (2010). A comunicação nos empreendimentos econômicos solidários. **Comunicação & Educação**, v. 15, n. 2, p. 59-68, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/44825>. Acesso em: 29 mai. 2022.

Sobre a maternidade: itinações de cuidado de mulheres grávidas

Maria Sônia Lima Nogueira
Diego da Silva Medeiros
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães

1 Introdução

A maternidade e o cuidado constituem dois elementos intimamente relacionados, uma vez que a gravidez, mesmo não sendo doença, se tornou um assunto do âmbito da saúde. A gravidez como uma questão de saúde relaciona-se ao fato de o corpo da mulher ter se tornado, com o desenvolvimento da medicina moderna, objeto da produção de ideias médicas sobre o corpo feminino.

De acordo com Vieira (2002), essa produção de ideias médicas não se dá de modo isolado e despretenso. Por quase trezentos anos, o saber médico vem se preparando para transformar o parto, por exemplo, em um evento da medicina, em substituição às parteiras, sob alegação de que não se trata de um saber científico, portanto invalidando saberes e hábitos ancestrais.

Assim, o ato de parir deixa a esfera do privado para ocupar o espaço público do cuidado: o hospital. O parto, que antes era um rito cultural, que envolvia eminente-

mente mulheres e tinha a participação da família, transfere-se para o espaço hospitalar, em que, muitas vezes, a mulher divide com outras os momentos de medo, angústia e dor que envolvem o nascimento do bebê.

Com a entrada no ambiente hospitalar do processo que envolve a gravidez – da descoberta, passando pelo pré-natal, ao parto – na maioria das vezes o homem não tem nenhuma participação. Esse processo passou a ser regido por protocolos distanciando-se do ambiente familiar.

O cuidado não é objeto exclusivo do saber médico nem está situado unicamente no campo restrito à saúde, ainda que tenha forte relação com ambos. Mesmo quando o ato de parir realizava-se no ambiente doméstico, o cuidado sempre esteve presente no processo de gestação, parto e pós-parto e nem sempre foi considerado numa relação com a saúde nos moldes da medicina moderna. O cuidado se dava com o uso de ervas, chás, banhos e isolamento da mulher, com participação de outras mulheres que auxiliavam o resguardo, para sua recuperação e do bebê, até que se desse a queda do coto umbilical. O ato de parir no hospital despersonaliza a mulher e o ritual que envolve esse momento.

Esse capítulo traz uma reflexão sobre cuidado e gravidez, sobre a condição da mulher grávida como sujeito que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando conhecer como se dá sua peregrinação na busca de cuidado ao seu estado de gestante. Interessa-nos saber como se dá a busca de mulheres grávidas por cuidado no nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Por onde

essas mulheres caminham para cuidar do seu estado gravídico? Quais redes ou malhas, nos termos de Ingold, as gestantes tecem nessa busca e caminhada?

Com o intuito de responder às questões acima mencionadas, objetivamos refletir sobre a itinação em busca do cuidado de gestantes que fazem pré-natal na APS, bem como averiguar as formas, os dispositivos ou as alternativas ao sistema oficial de saúde que essas mulheres lançam mão para satisfazer suas necessidades de cuidado relacionadas à gestação. Para tanto, apropriamo-nos do conceito de itinação em busca do cuidado, tendo como referência o pensamento de Tim Ingold na obra “Estar vivo” (2015), no que diz respeito à construção das malhas tecidas pela peregrinação dos sujeitos.

2 Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo em que a narrativa dos sujeitos é fundamental para uma compreensão mais próxima da realidade. Na produção de dados, foram utilizadas a entrevista aberta com perguntas norteadoras, a observação simples e a análise documental de leis, decretos e portarias ministeriais que tratam da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

Foram entrevistadas seis mulheres grávidas com idades entre 14 e 31 anos. No entanto, apenas três estão contempladas neste capítulo. No momento da pesquisa, uma estava solteira e as demais, em união estável. Todas inscritas no Cadastro Único do Governo Federal, algumas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). A escola-

ridade varia de ensino fundamental incompleto a ensino médio completo. Para manter o anonimato, atribuímos nomes de mulheres que se destacaram na história, como Leila Diniz, Clarice Lispector e Mariatu Kamara.

O uso da entrevista aberta (Minayo, 2014) deu-se pela escolha do referencial metodológico, itinação em busca do cuidado de gestantes que se movem pelo SUS. O termo itinerário terapêutico foi substituído por itinação de cuidado (IC) por tratar-se de uma condição crônica na saúde (a gestação) e não de uma doença, mas que também requer atenção em saúde.

A observação, com uso do diário de campo, facilitou a aproximação à realidade social das entrevistadas em sua caminhada pelo SUS em busca de cuidado. As observações foram realizadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Secretaria Regional V, em Fortaleza, mas também em algumas residências e trabalho das mulheres, no período de janeiro a setembro de 2019, em horários diversos, por exemplo, na consulta de pré-natal, na espera odontológica, na fila da farmácia, na atividade grupal de promoção da saúde com a equipe de profissionais do Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF).

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética na pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sob o parecer número 1.509.948, em 21/04/2016. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 Construtos sobre feminilidade: maternidade

Ao longo do século XIX, a mulher passou por um processo de objetivação por parte do discurso higienista. Ela sai de uma posição secundária de esposa para assumir o papel importante de responsável pela educação da criança, sendo-lhe imposto determinado comportamento, o de mãe dedicada. Nas orientações médicas às mulheres, a amamentação se destacava, tida como uma demonstração do amor materno, e esse amor indicava a própria definição da mulher (Martins, 2004). As mulheres nasciam e eram educadas para casar, parir e criar os filhos com toda a dedicação.

Na passagem do século XX para o XXI, com as mudanças nos hábitos morais, nos costumes religiosos e na experiência da atividade sexual, a mulher adquire maior autonomia, apropria-se de modo mais efetivo de seu corpo e de seu desejo. O desenvolvimento da ciência e da tecnologia com a indústria de medicamentos (contraceptivos) fez com que a mulher passasse a exercer certo controle sobre sua sexualidade. O ato sexual deixa de ser precondição para se tornar mãe.

A mulher passou a ocupar um cenário social reservado ao homem e alguns paradigmas foram sendo superados. Três deles são: a) o casamento como o destino que espera todas as mulheres. Em seu estudo sobre aborto como alternativa para a gravidez indesejada, Milanez, *et al.* (2016) apresentam que 9,6% de suas entrevistadas afirmaram ter companheiro, mas sem conviver na mesma casa, e outras 9,7% que engravidaram sem ad-

mitir um relacionamento estável com o pai da criança (situação semelhante à das mulheres entrevistadas); b) o amor materno é um mito. “O amor maternal não se encontra inscrito na profundidade da natureza feminina. [...] é algo infinitamente complexo e imperfeito; longe de ser instinto é condicionado por múltiplos fatores [...]” (Correia, 1998, p. 366), é uma construção social; c) a condição biológica da reprodução determinante para a identidade da mulher é falsa. Ser mulher não é uma condição biológica e uma via direta para a maternidade. Para ser mãe não basta unicamente ter nascido mulher (Badinter, 1985).

Muitas vezes, a gravidez é indesejada, mas a mulher se vê constrangida não só a seguir com a gestação, mas ainda se prepara no curso de pré-natal para ser uma boa mãe em resposta às expectativas da sociedade. A relação social de tornar-se mãe não é tão simples e direta, extrapola os fatores biológicos de reprodução. Mesmo as mulheres que nutrem o desejo da maternidade não passam pelo processo de tornar-se mãe sem algumas pressões sociais ou até mesmo angústias e aflições, como afirma Costa (2018).

[...] tornar-se mulher envolve uma série de simbolizações que não ocorrem sem perdas ou sacrifícios por parte do sujeito. A mudança subjetiva de tornar-se mãe não vai por outro caminho, ele também é permeado por mudanças radicais e esvaziamentos (p. 166).

Dentre outras alterações, inclusive psicológicas, ver as transformações do corpo em razão da imensa produção hormonal, o medo e a insegurança da hora do parto, da escolha da forma do parto (cesariana ou normal). A dor do mamilo ferido pela amamentação, a angústia de não saber conduzir um choro de cólica do bebê, afora toda questão social, são algumas situações que colocam em xeque as “alegrias” e os “prazeres” de ser mãe.

A maternidade não é uma opção ou a realização de um desejo para muitas mulheres. A imagem que apresenta futuras mães felizes com seus bebês fofinhos não se aplica a todas as mulheres que têm filho. Há, inclusive, mulheres que se angustiam por não se encaixar na rigidez desse padrão. Tendo isso em consideração, o objeto sobre o qual nos debruçamos possui um sujeito singular, a mulher, cuja identidade não associamos à reprodução biológica, senão à construção social, histórica e cultural.

4 Itineração e cuidado: além do instituído

Algumas correntes de pensamento das ciências sociais vêm influenciando a forma de pensar e discutir o itinerário terapêutico (IT), a exemplo de Tim Ingold com sua “antropologia ecológica” e a discussão de linhas da vida e malha. O IT é um dos conceitos centrais nos estudos socioantropológicos da saúde. No campo da socioantropologia, o termo é utilizado em referência ao percurso que indivíduos e grupos sociais trilham na busca de formas de tratamento para doença ou aflição.

Diversos pesquisadores brasileiros, Bonet (2014), Gerhardt *et al.* (2016), Alves e Souza (1999) e Alves (2015) têm se dedicado a compreender e descrever as experiências humanas cotidianas na busca de tratamento e cuidado em saúde sob as mais diversas perspectivas.

A organização de serviços e fluxos de atendimentos de saúde visando ao acesso do usuário ao cuidado tem sido uma preocupação de gestores e trabalhadores. Todavia, a despeito dessa preocupação, os usuários constroem seus próprios caminhos na busca por respostas às suas aflições, e esses caminhos nem sempre coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados por organização de serviços de saúde. Pois, como advertem Alves e Souza,

[...] torna-se necessário que toda análise sobre itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, “circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes”. [...] a ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade (Alves; Souza, 1999, p. 132-133).

Os autores observam dois aspectos na consideração do IT: primeiro, que ele é resultado de um conjunto de ações: planos, estratégias e projetos cujo objetivo é o “tratamento da aflição”; segundo, que ele resulta de um plano esquematizado, pré-determinado.

O itinerário terapêutico ou itinação terapêutica, na perspectiva de Bonet (2014), é um movimento que envolve criatividade e improvisação. De acordo com o autor, a itinação é um sistema aberto de improvisações ao longo do qual a vida é possível. Bonet propõe o termo itinação em substituição a itinerário porque para ele, se o IT é o caminho percorrido pelo usuário no sistema de saúde em busca de cuidado, a itinação extrapola esse sistema ou a ideia de rede preexistente. Tendo as ideias de Ingold (2015) como referência, ele afirma que a itinação se dá em uma malha de “linhas de vida” que se produzem no caminhar.

Utilizando a metáfora da aranha, que tece sua teia como um produto de sua itinação e o que torna sua vida possível, Ingold (2015) se refere à itinação como algo produzido pelo usuário dos serviços de saúde como contendo processos abertos que estão para além da proposta estruturada desses serviços por gestores e trabalhadores. Afinal, o “humano é o único a habitar o mundo aberto” (Ingold, 2015, p. 134).

Para justificar essa perspectiva de itinação como espaço aberto à ação de seu agente, Bonet refere que

[...] se os itinerários estão sujeitos a constantes improvisações dos agentes, então não se pode falar de percursos previstos e, portanto, de uma rede que preexista aos movimentos dos agentes, mas de uma malha de linhas que vai sendo construída nos fluxos e nos processos (Bonet, 2014, p. 337).

Essa percepção considera as formas de usuários e profissionais circularem pelo sistema de saúde nas relações sociais que vão construindo ao longo de suas itinaerações.

Bonet (2014) elabora sua perspectiva de itinaeração tendo por base o pensamento relacional da visão ecológica de Tim Ingold, na qual associa duas perspectivas: a biológica e a antropológica. Dessa forma, o homem composto por elementos dessas duas naturezas move-se em linhas de vida tecidas por ele mesmo. A vida está relacionada ao processo de desenvolvimento. Ela se faz num emaranhado de linhas, numa perspectiva de crescimento e movimento, em linhas da vida.

Na obra “Estar vivo”, Ingold refere que o mundo não é pré-fabricado, pronto para ser ocupado pelos indivíduos. Os caminhos da vida não estão dados de uma vez por todas, acabados como rotas a serem seguidas, antes devem ser continuamente elaborados sob nova forma. Os caminhos são os próprios fios com os quais o indivíduo constroi seu mundo vivo ao viver (Ingold, 2015).

Em forma de parábola, Ingold elabora um diálogo entre uma formiga e uma aranha para mostrar a vida em interação com o meio em que se desenvolve na perspectiva de construção de teia. Nesse sentido, a ação do indivíduo constroi um mundo vivo num emaranhado de inter-relações que formam teias, e essas expressam seu ser no mundo. Demarcam seu caminho e local que o homem ocupa no universo.

Em consonância com essa ideia de teia construída por Ingold (2015), buscamos compreender o caminho

que as mulheres grávidas construíram na busca do cuidado em saúde. Fizemos uso do termo *itinerarção* em substituição a *itinerário* a partir das discussões que Bonet (2014) propõe:

[...] uma passagem do conceito de itinerários terapêuticos para o de itinerarção em busca de cuidados. [...], itinerarção sugere um movimento ao longo de linhas de vida, um movimento que implica improvisação e criatividade. Improvisar é “seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar em retrospecto, uma série de pontos já percorridos” (Ingold, 2012b, p. 38 *apud* Bonet, 2014, p. 341).

Concordando com o autor, entendemos que os caminhos não estão pré-estabelecidos, é na busca cotidiana por cuidado, fazendo e refazendo caminhos que as gestantes, sujeitos dessa pesquisa, construíam continuamente suas linhas de cuidado.

Desse modo, o uso dos termos *itinerarção* e *linhas* nos leva a compreender que a busca por cuidado e atenção em saúde admite uma multiplicidade de possibilidades. São teias que vão se formando à medida que os usuários do serviço de saúde se movimentam, se relacionam com profissionais e outros sujeitos, tecendo essas linhas que terão como resultado diferentes malhas porque admite que se realizem diferentes caminhos.

Ampliamos a dimensão do cuidar para além de uma perspectiva terapêutica, biomédica, inserindo aí outras variáveis que compõem as linhas de vida das mulheres e que extrapolam o sistema oficial de saúde, seja o SUS

ou o privado, como os campos instituintes de cuidado: religião, práticas tradicionais (curandeiras/rezadeiras/benedeiras), saberes indígenas (ritos, uso de ervas, chás) e outros. São mulheres que contam com uma rede social de apoio, geralmente a partir de outras mulheres, como vizinhas, mães, avós, irmãs, cunhadas e outras. Sujeitos a quem o cuidado foi historicamente atribuído.

Assim, o cuidado ao qual nos referimos extrapola o uso de tecnologias e procedimentos terapêuticos associando-se à perspectiva ontológica defendida por Ayres (2004) que o define como “[...] uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica” (Ayres, 2004, p. 74).

O cuidado se relaciona aos processos da vida cotidiana em todas as suas dimensões: da simples escuta ao olhar atento que cria laços de afetividade. As ações de cuidado remetem a um apoio fundamental para a manutenção da vida coletiva, não se restringindo ao campo da saúde. Desse modo, o cuidado

[...] é resultante de um processo de socialização, que passa a ser descrito como atributo da espécie, uma prática pessoal coletivamente construída, fruto de longa experiência, convivência e transmissão complexa, pois necessita de interações prolongadas em uma cultura ou tradição, e está na esfera das ações informais (Contatore *et al.*, 2017, p. 558).

A concentração de saber e poder no médico pauta o cuidado na lógica da racionalidade médica científica, caracterizando-o como um conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos. Essa forma de cuidado volta o olhar à doença e não ao sujeito singular do cuidado, em que a relação profissional e usuário é de baixa qualidade (Contatore *et al.*, 2017).

Por sua vez, Foucault reflete sobre o nascimento, no século XVIII, de um poder sobre o corpo, de uma biopolítica de controle e regulação da vida para a produção da riqueza material. A população passou a ser pensada como fonte de produção de riqueza das nações. Nesse contexto, a sexualidade transformou-se em objeto privilegiado de medicalização para garantir a regulação da reprodução individual e coletiva, como ele especifica:

Uma das grandes novidades nas técnicas de poder, no século XVIII, foi o surgimento da “população” como problema econômico e político: população-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em equilíbrio entre seu crescimento próprio e as fontes de que dispõe (Foucault, 2012, p. 31).

A partir daí a mulher e a maternidade tornaram-se objetos privilegiados de intervenção e controle por um saber que estava nascendo, a medicina moderna, a qual se constituía como ciência a partir de uma racionalidade e neutralidade que exclui juízos de valores ou subjetividades humanas, tendo como fundamento a neutralidade e as leis universais, e se consolidava pela gradativa valorização do saber médico, compreendendo estratégia

biopolítica. É um saber voltado para o controle da sociedade e da população e uma tecnologia disciplinar de controle da “natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e habitat” (Foucault, 2012, p 31).

A medicina mantém um controle pessoal sobre o organismo que acaba realizando a organização de pacientes em categorias – “etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana” (Illich, 1975, p. 43) – uma forma de rotular as necessidades das diferentes faixas etárias ou fases da vida, em que todas as idades são objetos da medicina. Concordamos com o autor que a gestação não é doença, não obstante constitui-se objeto de intervenção da medicina, tal qual patologias comuns.

Por mais de três séculos, a medicina tem transformado o parto em seu objeto próprio, substituindo parteiras e rituais domésticos. Assim, o parto, ritual cultural e familiar, sai do âmbito privado para tornar-se público no hospital. A medicina moderna passa a delinear a despersonalização da parturiente pelo cerimonial de parir no hospital. A obstetrícia, disciplina da medicina voltada especificamente para a realização do parto delegará ao médico (inicialmente um homem) o papel de realizar o parto em instituições criadas especificamente com essa finalidade.

A gestante é isolada de suas relações e mesmo de seus pertences, recolhida num quarto, sem nenhum afeto, obrigada a vestir uma roupa que lhe descaracteriza e dividindo a dor física e as ansiedades com profissionais que estão lá apenas para realizar o parto como técnica. A padroniza-

ção do atendimento contribui para o desaparecimento da pessoa da mulher em vias de parir num espaço institucionalizado da saúde sob a intervenção da medicina.

5 Itinerários das mulheres grávidas em busca de cuidado

Quando nos aproximamos da experiência de cada uma das mulheres entrevistadas, ouvimos os mais diversos relatos que vão desde satisfação, alegria e felicidade com a descoberta da gravidez, até medo, angústia, conflito e sofrimento. Cada uma delas vivencia a maternidade de modo específico e diverso.

Para algumas dessas mulheres a gravidez foi consentida, planejada e esperada, para outras foi uma desagradável surpresa. Uma delas expressa com timidez e certo desconforto o quanto essa gestação poderia ter ficado para depois e diz: *eu não tentei abortar, porque não sabia que tava grávida, mas, quando vi que não descia, tomei remédio pra descer, mas não desceu, aí fui fazer o exame e tava* (Leila).

As mulheres iniciaram sua itinerância de cuidado na gestação a partir do pré-natal em diversos contextos. No fluxo de atendimento à gestante na UBS o primeiro atendimento é com a psicóloga, que a encaminha para uma consulta com a enfermeira. Com essa profissional, são solicitados os exames mais comuns e testes rápidos, tais como exame Beta-HCG para confirmação da gestação, exames para detecção de sífilis, de HIV/aids e glicemia. Outros exames mais complexos são solicitados pela médica.

A mulher tem consultas mensais alternadas com a médica e com a enfermeira. Nos últimos 15 dias de gestação, as consultas são apenas com a médica e acontecem semanalmente, na própria unidade, se a gestação for considerada até risco médio. Os casos classificados como de alto risco são acompanhados pelas maternidades ou pelos hospitais de referências em Fortaleza.

A médica encaminha para a maternidade em que a gestante irá parir. Após o parto, a usuária recebe uma visita da Agente Comunitária de Saúde (ACS), que a encaminha para o acompanhamento de puerpério, sendo o primeiro atendimento após o parto quando é orientada sobre os “testes da orelhinha e do pezinho” e sobre as primeiras vacinas do bebê. Na primeira visita à unidade de saúde, a enfermeira dá as orientações sobre amamentação.

Observa-se que a organização do serviço intenciona subsidiar às usuárias o acesso ao cuidado e a resolução de suas demandas organizando um fluxo na unidade de saúde. Todavia, para além deste interesse dos gestores e da equipe, os caminhos que as gestantes trilharam na busca por cuidado na gestação nem sempre coincidem com os fluxos preestabelecidos.

Desse modo, a itinerância por cuidado durante a gestação perpassa os campos do instituído e do instituinte. A organização dos serviços de saúde não é suficiente para responder às necessidades das mulheres. Elas percorrem outros caminhos, constroem novas teias. Tomam chá para se acalmar, mascam folhas ou chupam limão para diminuir o enjoo, colocam pano quente nos quadris para aliviar a dor, põem as pernas para cima

para desinchar os pés, fazem banhos de ervas ou asseios para sarar processos inflamatórios de partes íntimas. Tais práticas são orientadas pelos saberes diversos de mulheres mais velhas: vizinhas, mães, avós.

O sistema tal como é organizado enfrenta resistência de sujeitos que não percebem a gestação como uma doença que necessite de uma terapêutica. Tal como Illich (1975), uma das gestantes não considera a gravidez uma doença e que, portanto, não necessita estar sob cuidados médicos. Ela se mostrou resistente a comparecer às consultas por julgar que não precisava, referindo-se à gravidez como uma coisa natural e *que o bebê na hora de nascer vai nascer* (Mariatu).

No entanto, essa gestante resolveu ir à unidade de saúde por insistência da ACS e por medo de não acessar uma maternidade na hora de parir. *Eu vou, né, porque eu sei que se eu não for eles, lá no hospital, não vão querer fazer meu parto porque eu não tenho pré-natal. Ela (ACS) me disse isso, então eu vou lá. Mas não tenho nada* (nenhuma doença que justifique ir às consultas médicas) (Mariatu). O relato revela a coerção da ACS sobre a gestante para o seguimento da trilha preestabelecida do fluxo no sistema de saúde formal, sob a ameaça de possíveis obstáculos no ato do parto.

Observamos que na busca por cuidado durante a gestação, as mulheres seguem os mais diferentes percursos, ainda que haja o fluxo estabelecido da UBS onde realizam o pré-natal. Algumas relatam como foi seu primeiro contato com a unidade de saúde na busca de cuidado a partir da gravidez.

Quando o exame deu positivo, né, aí eu fui logo atrás de fazer o pré-natal lá, porque sabia que tinha de fazer o exame de sangue, né. Só que aí demorou um pouco pra começar, lá no posto (Clarice Lispector).

Começou bem no começo, com um mês quando eu descobri a gravidez [...]. Não tinha como eu ir pro interior, então eu mudei pro posto daqui de Fortaleza. [...] lá (no interior) já fazia pré-natal (Leila Diniz).

Nem imaginava... eu tava conversando com uma amiga, minha vizinha [...]. Aí eu tava ali conversando mais ela e vi aquela coisa mexendo. Só fui pro posto com cinco meses porque ela (ACS) fez tudo (Mariatu Kamara).

Cada uma dessas mulheres constroi sua itinerância de cuidado, todas com suas significações e ressignificações. Em alguns momentos, suas falas pareciam não expressar a verdade do contexto apresentado. Mariatu só iniciou o pré-natal no sétimo mês de gestação. Era sua quinta gestação, e ela não apresentava interesse em participar. Houve muita insistência da ACS.

A entrevista com Mariatu foi realizada em sua casa. Ela apresentava descuido consigo mesma e um aspecto cansado e triste, ao mesmo tempo em que sorria enquanto conversava conosco. Numa situação de muita pobreza, morando com sua filha e o companheiro, longe de familiares, sem o apoio de sua mãe quanto à gestação e tendo como renda da família o benefício do PBF e as

diárias do serviço doméstico, quando faz, “porque agora tá mais difícil por causa da barriga”. Observamos uma contradição em sua fala ao dizer: “eu peguei essa gravidez aqui, foi planejada de nós dois, ele queria e eu também”, sua expressão não acompanhava suas palavras, e ela se emocionou quando falava de suas dificuldades.

Também nos chamou atenção o fato da Leila expressar o apoio da família e do pai do bebê à sua gravidez, mas que esse não assumiria formalmente o relacionamento e a paternidade. “Quando ele soube de sua gravidez não aceitou porque já tem outros filhos”. Gestante de sete meses, vinda do interior do Ceará para trabalhar como babá, ela relata que os dois ainda têm relações sexuais, “[...] mas não temos mais nada um com o outro, nós dois escolhemos assim, sem compromisso”, afirmou.

A entrevista de Leila foi realizada na casa em que trabalha, no mesmo conglomerado de casas recém-construídas em que ela reside. Enquanto alimentava o bebê de pouco mais de um ano, de quem era babá, relatava como iria fazer para cuidar do seu quando nascesse. Disse que não podia deixar de trabalhar e que tinha controle da situação: “Já tenho tudo planejado”.

O que se observa é que as itinações em busca de cuidado a partir da descoberta da gravidez seguem após o parto e estão para além de uma condição de cuidado com a saúde ou mesmo com a própria mulher, se estendendo ao filho. Em nenhum momento da entrevista, a gestante cita o pai do bebê nesse processo de cuidado pós-nascimento do filho. Sempre se colocando sozinha

como a única responsável pela criança, ela assume a maternidade como algo só dela: “[...] hoje em dia, muita gente acha que uma mulher sozinha... Acha que não vai dar conta de uma criança, mas dá. [...] ele vem morar comigo aqui quando fizer um ano, não vou deixar lá com minha vó, não” (Leila).

Embora tenhamos percebido uma certa postura defensiva da gestante, foi perceptível sua angústia ao falar de seu percurso desde a descoberta da gravidez. Relatou que ficou sozinha porque a família mora no interior (ela morava com os avós), não está com o pai do bebê, não conta com uma rede social de apoio e as amigas se afastaram, como ela desabafa: “algumas amizades se afastam. As amizades do interior. Acho que, assim, não se diz amizade. daquelas pessoas que eu saía [...]” (Leila).

As itinações das gestantes se dão, como refere Bonnet (2014), num contínuo no qual a “vida” se relaciona ao processo de desenvolvimento que se faz ao longo de linhas de fuga e não de fechamento. Leila vai construindo sua itinação de cuidado de gestante, sua relação com a maternidade numa perspectiva, defendida por Ingold (2015), de construção de malha entendida como um emaranhado de linhas de vida, crescimento e movimento.

A teia de vida que essa gestante vai construindo passa por muitas ressignificações: deixar a casa dos avós, separar-se das amigadas e viver sem o pai de seu filho. Com uma expressão corporal em tom de desafio ela expressa: “hoje em dia tem muitas que se viram até mesmo sem o pai ajudar” (Leila).

Considerações finais

As mulheres do estudo têm as mais diversas perspectivas de maternidade e sua relação com o ser mãe é significado de diferentes formas. Algumas vibram pela desejada segunda gestação, outras lamentam o fato de ter engravidado.

As itinações das gestantes em busca de cuidado se dão numa perspectiva de malha de linhas de vida que se produz no caminhar como um movimento que envolve criatividade e improvisação. Essas mulheres traçam itinações variadas na busca de cuidado com a gestação, constroem sua própria rede, tecem sua própria teia, fazem escolhas. Lançam mão de alternativas à medicina tradicional como lambedores, chás, banhos, ervas e outras indicadas por aquelas que utilizaram as mesmas alternativas, mantendo viva a cultura de seus ancestrais, avós e bisavós.

Um ponto em comum a todas é a preocupação com a hora do parto. Seguir o protocolo preestabelecido pelo SUS, mais que um anseio, é uma necessidade e obrigatoriedade para acessar a maternidade via regulação do acesso. A regulação foi o elemento decisivo para uma delas aceitar fazer o pré-natal na UBS referida no estudo. Sem a adesão ao pré-natal não haveria acesso à maternidade de referência da gestante.

A maternidade é uma experiência vivenciada a partir de uma multiplicidade de linhas. Assim, ela não se configura como um objeto em si observado por perspectivas distintas; trata-se de uma invenção singular.

A maternidade é conformada na trajetória e encontros dessas mulheres que trabalham, amam, estão submetidas ao machismo estrutural. Algumas assumem sozinhas a responsabilidade pelo filho, não se sentem suficientemente acolhidas pelos serviços formais de saúde; outras, por seu turno, sentem-se seguras aos cuidados dos profissionais de saúde.

A itinação em busca de cuidado das gestantes se diversifica de acordo com suas crenças, hábitos pessoais e profissionais e redes de apoio, porém sempre se manifesta para além do caminho que a medicina impõe.

Não se sabe de antemão os caminhos que potencializarão essas mulheres que buscam o cuidado, haja vista que o cuidado não é um manual a ser prescrito, mas algo que vaza os territórios existenciais, borra as fronteiras. As mulheres lançam mão de saberes, os mais variados, que estão ao alcance dos seus corpos e permitem-se envolver por eles. Eis a constituição de uma vida.

Referências

- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 29-43, jan./jun. 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2004.v8n14/73-92/>. Acesso em: 4 jun. 2022.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BONET, Octavio. Itinações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 04. n. 02, p. 327 – 350, out. 2014.

COSTA, Priscila Ribeiro Guimarães. Feminilidade e maternidade no discurso contemporâneo. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 49, p. 163–168, jul. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2022.

CONTATORE, Otávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n. e0017507, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0017507.pdf>. Acesso em: 10 maio. 2022.

CORREIA, Maria de Jesus. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**. s/1, n. 3, v. XVI, p 365-371, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277823731_Sobre_a_maternidade. Acesso em: 20 abr. 2022.

FOUCAULT, Michael. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel. et al. (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2016.

ILLICH, Ivan. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INGOLD, Tim. **Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MILANEZ, Nubia. et al. GRAVIDEZ indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**. n. 22, p.129-147, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/85XdJF8DZRGKy3h7MqZz3ck/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mai. 2022. / Milanez et al. / www.sexualidadsaludysociedad.org

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Quando o aparato religioso e espiritual é um cuidado paliativo

Francisca Verônica Cavalcante
Ianne Paulo Macêdo

1 Introdução

Sabemos que cada cultura desenvolve suas práticas específicas para os rituais de passagem que os sujeitos perpassam ao longo da vida, entre eles o nascer e o morrer. Consequentemente, a vida de qualquer sociedade se funda na passagem entre posições, estados e status (Gennep, 1978). Da mesma forma, é o que acontece no processo de morte, que espelha os valores, as crenças e os símbolos compartilhados por cada grupo.

Por sua vez, podemos apontar que a consciência da morte é uma das marcas intrínsecas das sociedades humanas, visto que os demais animais não se sabem mortais. Assim, pode ser tratada como um evento social, já que, desde os achados arqueológicos mais antigos, revela-se a ação coletiva em torno do destino do sujeito morto.

Rodrigues (2010) nos lembra que o absurdo da finitude humana, reside em parte no fato de que a morte física não basta para realizar a morte nas consciências. “A

lembrança daquele que morreu recentemente continua sendo uma forma de sua presença no mundo” (Rodrigues, 2010, p. 2), bem como para aqueles humanos que experimentam a iminência da morte, o sentimento de finitude de si para além da própria consciência traz a relação com o universo social do qual o indivíduo pertence.

Ao ultrapassarmos o cenário social e avançarmos nas reflexões do campo da individualidade, outras questões são lançadas sobre a subjetividade produzida para pensarmos no nosso próprio fim. Logo, examinar essas noções sobre a morte, a partir da interlocução com os sujeitos que vivenciam a consciência de sua finitude, desencadeado por algum processo de adoecimento, é, portanto, fundamental para a comunicação da investigação aqui proposta.

Essas noções – de sujeito, subjetividade e cultura – deslocam diferentes campos disciplinares e evocam, no interior desses campos, a partir de vertentes diversas, reflexões e problematizações que se apresentam de forma quase ilimitadas, especialmente quando agregamos o direcionamento do fenômeno religiões/ou da experiência espiritual.

Ao acionarmos o contexto da religião ou da vivência da espiritualidade, podemos observar que, na maioria das sociedades tradicionais e contemporâneas, o homem vive após a sua morte física, com uma continuidade que oferece um alento para aqueles que ficam e sentem o pesar da perda física da pessoa. Enquanto isso, no mundo oriental, acredita-se que sua consciência

individual continua existindo depois de ela abandonar o seu corpo, e, no mundo ocidental, com o processo de cristianização, é observado que o mesmo acontece, mas não com a mesma parcimônia que no mundo oriental, visto que a morte é ignorada enquanto um tema de relevância existencial e combatida como um adversário perverso que limita o homem diante da sua impotência frente ao fenômeno natural.

No que diz respeito a esse processo, a morte é considerada por um lado um fracasso ou uma parada provisória da luta médica, subtraída por outro lado à experiência comum, chegando, portanto, ao limite do poder científico e escapando às práticas familiares, a morte é o outro lugar (Certeau, 2014, p. 266).

Com base nessa perspectiva, também pode ser importante, para pensar a morte no Ocidente, o que Le Breton (2011) argumenta em relação à concepção de corpo admitida “nas sociedades ocidentais que encontra sua formulação na anatomofisiologia, isto é, no saber biomédico” (Le Breton, 2011, p. 18). Essa concepção ancora-se sobre uma concepção particular de pessoa, que faz o ator social servir-se da expressão “meu corpo”, segundo o modelo de posse. Para Le Breton “essa representação nasceu da emergência e do desenvolvimento do individualismo no seio das sociedades ocidentais a partir do Renascimento [...]” (Le Breton, 2011, p. 18).

Para além do paradigma sociedade oriental x sociedade ocidental, tomando como referência as pesquisas de Macêdo e Cavalcante (2013) que iniciaram com uma

pesquisa de iniciação científica (PIBIC/UFPI 2012/2013)⁶ e Macêdo (2017)⁷ podemos inferir que nem todos os grupos entendem e vivenciam do mesmo modo suas experiências. Entretanto, o que existe em comum é o fato de que a pessoa, ao morrer, se torna um cadáver incômodo que pode ser enterrado, cremado, exposto, comido ou tratado de outras formas (Rodrigues, 2010).

Dessa forma, a morte é, não raras vezes, o motivo de perturbação e desordem social, ainda que para um pequeno círculo de pessoas que, a partir do momento de exclusão de um dos seus integrantes, terá que buscar meios de restabelecer o equilíbrio que existia antes da morte do ente querido.

A situação de desequilíbrio recentemente foi vivenciada de forma coletiva, com a emergência sanitária provocada pela pandemia da Covid-19, iniciada em 2020, que vitimou aproximadamente 5,9 milhões de pessoas entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021⁸, trazendo inúmeras sequelas socioemocionais para a

6 Resultados parciais do estudo disponíveis no endereço: <https://sis.ufpi.br/22sic/Documentos/RESUMOS/Modalidade/Humanas/IANNE%20PAULO%20MACEDO.pdf>. Acesso em 26 de maio de 2022.

7 Trata-se da pesquisa de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Piauí, durante o biênio 2015-2017, sob a orientação da professora Dr. Francisca Verônica Cavalcante, intitulada: A vivência do câncer e a produção de seus significados em Teresina: emoções, espiritualidade e cuidados paliativos. Resultados parciais dos estudos disponíveis no endereço: <http://www.30rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhemFtcyI7czozNToiYTToxOntzOjEwOiJJRF9BU1FVSvZPIjtzOjQ6I-jm0MzciO3oiO3M6MTToiaCI7czozMjoiMDM2NWw2NjM1ZjA1MDBiYmFkYzNlMzciOzGQyY2I3YTUiO30%3D>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

8 Informações obtidas no endereço <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/03/10/total-de-mortes-causadas-pela-covid-no-mundo-pode-ser-3-vezes-maior-que-apontam-registros-oficiais-diz-estudo.ghtml>>Acesso em: 26 de maio de 2022.

população, que não teve, muitas vezes, condições de realizar os rituais fúnebres tradicionais, dadas as medidas restritivas de distanciamento e isolamento social impostas pela crise pandêmica. A maneira diferenciada da habitual para a despedida dos corpos dos entes queridos que partiram provocaram uma dificuldade maior na assimilação da situação de morte.

Para este estudo, foram discutidos os conceitos de corpo, saúde, doença, terapêutica e práticas religiosas e espirituais associadas ao processo de morrer, partindo de uma revisão bibliográfica, ancorada em diálogos com diferentes teóricos como: Ariès (2003), Le Breton (2011), Certeau (2014), Rodrigues (2010), Macêdo e Cavalcante (2013), entre outros.

Assim, o capítulo em tela tem o objetivo de refletir sobre o simbolismo e a representação da morte e do morrer em Teresina, entre os anos de 2012 e 2017, quando o aparato religioso e espiritual é um cuidado paliativo. A metodologia para tais investigações foi constituída por observação participante, pesquisa documental, entrevistas e recolhimento de imagens fotográficas.

Portanto, a reflexão traz a lume a importância de olhar as dimensões compostas por sujeito, subjetividade e cultura, elucidando a importância que o aparato religioso e espiritual oferece para pensar o simbolismo e a representação da morte no nordeste brasileiro, notadamente, na sociedade teresinense, uma vez que tal experiência está intimamente relacionada ao período histórico, à etnia, à classe social, ao lugar e ao espaço que os indivíduos ocupam na referida cidade.

2 Adoecer e morrer na cultura ocidental

As ciências sociais contribuem com estudos sobre a finitude da vida, a morte e o morrer desde o início do século XX, inicialmente abordando as representações e os rituais da morte na perspectiva etnográfica. Desde a década de 1960, há o ressurgimento do interesse sobre esse tema, quando as transformações nas práticas relativas à morte se tornaram objeto de estudo (Menezes, 2004). Oigman (2007) também recobra a caminhada histórica sobre esse campo de estudos:

Os estudos sobre o fim da vida e a morte tornaram-se um campo de investigação da etnografia no início do século XX, a partir dos trabalhos de Durkheim, Mauss e Radcliff-Brown, entre outros. Segue-se um enorme período sem produção intelectual nesse campo e é somente a partir dos anos 1960/70 que são retomadas as reflexões sobre o tema. Este simbólico silêncio é também pensado pelos historiadores, sociólogos e antropólogos, e sob a seguinte perspectiva: a mudança na relação entre o homem moderno e a morte (Oigman, 2007, p. 248).

Em cada momento histórico, existe um significado atribuído à morte, que inicialmente encontra-se “[...] externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo” (Combinato; Queiroz, 2006, p. 214).

Segundo Elias (2001),

Há várias maneiras de o ser humano lidar com a finitude: a morte pode ser 'mitologizada' na perspectiva de outra vida, maneira mais antiga e comum de encará-la; podemos evitar a morte afastando-a de nós, reprimindo ou assumindo uma ideia de imortalidade; e podemos encarar a morte como parte da existência. A forma de lidar com a morte é aprendida, uma vez que a compreensão da morte e os rituais fazem parte da socialização dos indivíduos (Elias, 2001, p.78).

A partir dessas reflexões promovidas por Elias (2001), reconhecemos que a crença na vida pós-morte pode ser identificada em diversas mitologias. Logo, em todo o mundo, diferentes grupos criaram seus próprios mitos com o objetivo de tentar explicar, entender e assimilar a morte com todos os seus desdobramentos. Por sua vez, para cada tipo de cultura e religião, os povos entendem, sentem e expressam o conceito de morte de maneira diferente.

Da mesma maneira, Koury e Borges *et al.*, (2019) nos fazem lembrar que

A cultura aparece como manifestação do real social e molda e modula o comportamento humano, mediante constrangimentos vários: a cultura se torna self ao oferecer um repertório cognitivo e emocional específico para a ação do indivíduo social. Por outro lado, este mesmo indivíduo provoca cotidianamente rearranjos do espaço societal e da cultura, ao resignificá-la e transformá-la (Koury; Borges *et al.*, 2019, p. 34).

Para além da depreciação do corpo biológico, está a perda da individualidade do ser humano, o que caracteriza a morte social, que lança à consciência da própria mortalidade do humano. Talvez seja por essa razão que a morte ou o morrer são assuntos pouco comentados, evitados ou mesmo isolados, não sendo restrito apenas à sociedade brasileira, mas abrangendo a maioria das sociedades ocidentais.

Analisando a morte a partir de outros momentos históricos na Idade Antiga, os egípcios acreditavam na vida após a morte e se preparavam para ela. Não por acaso, quando o assunto é Egito, o imaginário coletivo se volta quase que de imediato para as imagens ligadas a múmias, pirâmides e sarcófagos com tudo o que pudesse ser útil ao morto para a nova vida que se seguiria.

Sob o mesmo ponto de vista, Rodrigues (2007) sugere que no fundo, universalmente, ou quase, os ritos fúnebres são solidários com os sistemas míticos e com eles supõem uma crença comum: “a morte não é jamais o aniquilamento total do homem, ela é uma passagem para outra vida” (Rodrigues, 2007, p. 132) e que sempre gera mobilização social.

Nessa perspectiva, “Simmel entende o social como encontro e confrontação de subjetividades ou culturas subjetivas, cujos conteúdos emocionais e afetivos se objetivam enquanto cultura objetiva nas mais variadas formas sociais” (Koury; Borges *et al.*, 2019, p. 34).

Assim, quando rememoramos a história e retornamos ao período medieval, por exemplo, identificamos que

a morte ocorria em público, como um evento social. Não se tratava de um momento recluso, uma vez que era um momento pelo qual praticamente todas as pessoas estavam preparadas. Segundo os estudos de Ariès (2003),

A antiga atitude segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome. Por isso chamarei aqui esta morte familiar de morte domada. Não quero dizer com isso que anteriormente a morte tenha sido selvagem, e que tenha deixado de sê-lo. Pelo contrário, quero dizer que hoje ela se tornou selvagem (Ariès, 2003, p.40).

Não obstante, com o desenvolvimento do capitalismo e advento da modernidade, o sujeito adoecido, que ficava em sua residência, no aconchego familiar e dos demais, desloca-se para o hospital e, quando em estágio grave, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambiente este isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar-condicionado e por equipamentos técnicos, sob os cuidados exclusivos dos profissionais da saúde, com o sujeito que passa para a condição de paciente que se encontra em situação limite entre a vida e a morte.

Na perspectiva da medicina alopática, o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos,

que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o “defeito” no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, “a medicina moderna, com suas várias especialidades, perde frequentemente de vista o paciente como ser humano” (Capra, 1982, p. 116).

O corpo segundo o modelo da máquina, como lembra Le Breton (2011), tem estreita relação com a união da alma e do corpo, com a visão mecânica, cartesiana. Afirma Le Breton: “Para Descartes, o corpo, senão o homem todo inteiro, é uma máquina. No rastro do cogito, o homem aparece à maneira de um autômato movido por uma alma” (Le Breton, 2011, p. 119).

Todavia, o processo de adoecimento traz a presença da dor que pode ser física, mas também é emocional, relacionada diretamente com a consciência da finitude e da fragilidade humana, pois a dor passa a se apresentar como um sintoma presente na maioria das doenças seja como manifestação direta ou como parte do processo diagnóstico e terapêutico de uma doença. Para Le Breton (2013), “a relação do homem com seu corpo é um complexo emaranhado de dados existenciais e fisiológicos” (Le Breton, 2013, p. 57).

Contudo, diante da compreensão que permeou de que a dor é uma experiência individual, atualmente constata-se que a sua intensidade é variável em decorrência de fatores como o físico e biológico (sexo, idade), o

suporte social e cultural, e que assim não é uma condição dependente somente do tipo de estímulo nociceptivo⁹. Nessa discussão, para a medicina alopática avaliar a dor é preciso acreditar no paciente.

A doença, por sua vez, também pode ser considerada um tipo de morte e, para algumas culturas e religiões, sentir dor (ou adoecer) pode estar relacionado à expiação de culpa ou ser parte natural do processo de ficar doente. De modo semelhante, a crença na vida pós-morte pode ser identificada em diversas mitologias e em todo o mundo, diferentes grupos criaram seus próprios mitos com o objetivo de tentar explicar, entender e assimilar a morte com todos os seus desdobramentos e justificativas.

Assim, concluímos com Morin (1970) lembrando que essa consciência da morte frente ao pensamento mítico-mágico-místico pode ser entendida como a elaboração por meio das mitologias e dos rituais que elaboram uma adaptação a morte, pois o autor afirma que há uma adaptação e inadaptção à morte, revelando que no momento de finitude a representação da religião faz com que o homem crie uma transmortalidade para o posterior.

Por sua vez, como lembra Rodrigues (2010), “[...] as mitologias e os rituais afirmam que não há morte, que há apenas uma passagem” (Rodrigues, 2010, p. 157). Essa visão sobre a vitória da vida contra a morte empreendida pelas religiões, mitologias e rituais produz um domínio de saberes e cuidados sobre o processo de morte (aqui apresentado como “não morte”) que é difundido por religiosos e espiritualistas.

9 Estimulação de um nervo que provoca manifestação de dor ou reflexo evidente.

2.1 Conviver com a iminência da morte: os sujeitos “desengañados” pela medicina alopática e a busca pelas terapias espirituais

Considerando o relato entre a morte e o homem ocidental, discorrendo sobre os aspectos subjetivos que envolvem a dialética morte/vida e os enfrentamentos que daí decorre ao lidar com a finitude, cabe, a partir de então, identificar os recursos e artifícios que o indivíduo ocidental moderno e “desengañado” pelos profissionais da saúde, dispõe para ter uma qualidade de vida. Entre esses recursos, destaca-se a busca religiosa/espiritual para lidar nos momentos finais da vida.

No tocante à subjetividade,

Simmel entende os conteúdos sociais, a cultura subjetiva, como o conjunto dos interesses, dos projetos, das formas de identificação individuais e coletivas que se formam na tensão entre os indivíduos e as formas sociais objetivadas. Estas últimas resultantes da ação e criação recíprocas destes em seus jogos comunicacionais em termos de alianças tênues ou duradouras em vista de alcançar objetivos específicos (Koury; Borges *et al.*, 2019, p. 13).

Para o homem ocidental moderno, a morte e a doença passaram a ser sinônimos de fracassos, impotência e vergonha, em parte pelo processo de individualização, da noção particular de pessoa, do corpo como uma máquina, da visão do corpo biomédico. Tenta-se vencer a morte a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada. Nesse ponto, como concorda Le

Breton (2010), “a medicina repousa sobre uma antropologia residual, ela apostou no corpo, estimulando possível cuidar da doença (percebida como estrangeira) e não de um doente enquanto tal” (Le Breton, 2010, p. 68).

Nesse ínterim, a medicina ocidental, também chamada de positivista por Morin (1970), não poderia ausentar-se totalmente desse processo, conduzindo estudos voltados a medicina paliativa aproximadamente 50 anos atrás, e que hoje se tornou uma especialidade (em alguns países como a Inglaterra, Estados Unidos, França, Canadá, Brasil), que visa tratar pacientes com doença ativa e prognóstico reservado, desviando assim o foco de suas atenções da cura para a qualidade de vida (OMS, 2002).

A esse respeito,

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Sob a vista dessa realidade, de busca do alívio da dor, do cessar do sofrimento físico e no enfrentamento da morte, é que as terapias de cunho espirituais surgem como tentativa de suprir o mal-estar do físico corpóreo e psicológico do indivíduo desenganado. Uma vez que o paciente situado no quadro que a medicina classifica “fora de possibilidades de cura terapêutica-FTC”, e com a necessidade do contato com a dimensão espiritual,

terapias alternativas à biomédica são buscadas quase sempre como últimas alternativas, como as práticas terapêuticas neoesotéricas que configuram o fenômeno da Nova Era, que por sua vez não é uma religião, mas engloba a junção de princípios de várias tradições orientais, ocidentais, antigas e/ou recentes.

Na cidade de Teresina, o universo novaeristas faz combinações e cruzamentos com elementos das tradições indígenas, umbandistas, católicas, espíritas kardecistas, budistas, dentre outras. Um exemplo desse sincretismo pode-se citar a Casa de Aruanda¹⁰, tendo em vista que, este locus trabalha com a Umbanda e o Santo Daime. O espaço conta ainda com terapias paliativas em pacientes considerados pela medicina alopática como terminais ou “desenganados”.

Entre as terapias para os sujeitos “desenganados”, a Casa de Aruanda oferece o atendimento com entidades da Umbanda em que esses defumam, pronunciam orações, fazem desobsessão, realizam passes, acendem velas; tendo ainda a ingestão da *ayahuasca*. Esse ritual promove estados alterados de consciência, denominado pelos nativos como um enteógeno capaz de levar o adoecido à “miração” (categoria êmica), que tem por objetivo a promoção almejada de limpeza do corpo físico e espiritual. Nesse espaço também foi identificado uso de outras ervas com poderes psicoativos e enteógenos, e a realiza-

10 A Casa de Aruanda é localizada na zona rural de Teresina, na região conhecida como Usina Santana. É o primeiro templo umbandista de Teresina que introduziu cerimônias com a ingestão de uma bebida à base da *ayahuasca*, popularmente conhecida como “Santo Daime” e terapias de cunho xamânicas.

ção de um outro ritual de cura: prática do kambô¹¹ que se trata da retirada de uma substância líquida do corpo do sapo que é administrada nos adeptos via oral ou via muscular (injetada) conhecida como “vacina do sapo”.

Através do recolhimento de entrevistas na Casa de Aruanda observou-se a eficácia das terapias espirituais, sob o ponto de vista dos religiosos é colocada como positiva sendo relatados casos de cura total, mas isso, quando o tratamento biomédico é associado ao espiritual, uma vez que o biomédico trata da patologia do corpo e as terapias alternativas e espirituais cuidam da mente, do estado de espírito, das emoções; fatores fundamentais para um bom funcionamento do corpo.

Contudo, sob o olhar clínico, essas terapias são apenas “paliativas”, sem vigor científico, e geralmente só são “autorizadas” pelo médico quando a medicina alopática já não tem nenhum recurso a oferecer, pois é alegado, pela equipe de profissionais de saúde, que qualquer interferência diferente da recomendação médica pode agravar o quadro de saúde do adoecido.

Ressaltamos que, no Brasil, com tantas religiões, crenças e tradições, é frequente uma dissonância de convicções religiosas entre paciente, familiares e equipe médica. A falta de conhecimento médico a respeito do tema banaliza a experiência legítima daqueles que estão na iminência de morrer e tal postura, muitas vezes, impede um atendimento adequado, um acolhimento ao indivíduo adoecido, um tratamento cuja postura do

11 É um veneno raspado das costas de uma rã da Amazônia (*Phyllomedusa Bicolor*) e inoculado sob a pele.

profissional da biomedicina, da liderança religiosa, do familiar/cuidador e da liderança espiritual proporcione dignidade e respeito naquele que podem ser os últimos momentos de vida do adoecido.

Dessa forma, oferecer o atendimento espiritual como parte do serviço de saúde é permitir ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções, conversando abertamente sobre a morte e o morrer, ajudando-o a participar de todas as decisões referentes a seu tratamento e aos desejos finais (Brasil, 2020).

Nessa condição, o sujeito “desenganado” é muitas vezes impedido de sentir e expressar suas emoções, destinado a um sofrimento solitário e discreto. Isso porque os profissionais – que lidam cotidianamente com a morte – parecem que não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude enquanto ser humano dotado de emoções e valores, que, muitas vezes, continuam presos a uma formação extremamente limitada, ancorada numa visão do corpo máquina, do órgão adoecido, e não do indivíduo enquanto ser social e que possui um corpo que é construído social e culturalmente.

Baseada no paradigma positivista, a formação e a atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico (Kovács, 1992), ou seja, a equipe de profissionais de saúde é formada para curar a doença, isto é, o órgão ou parte do corpo adoecido, e não para lidar com a pessoa e sua subjetividade. Embora haja cuidados paliativos e recomendações da OMS, ainda vivenciamos uma cultura biomédica que dificulta o acesso ao huma-

no em situação de adoecimento na sua inteireza. Há de se repensar maneiras de potencializar a contribuição de políticas públicas nessa perspectiva.

Torna-se possível analisar a morte e o morrer por diferentes ângulos e perceber as diferentes maneiras sobre como o processo da morte ou do morrer, pode ser suavizado e experienciado de maneira tranquila com o suporte que a religiosidade, a espiritualidade proporciona aos indivíduos, indispensável ao paciente em quadro paliativo, sendo lamentável a limitação desse suporte espiritual nos hospitais, muitas vezes, restrito à existência de uma capela com imagens de santos católicos, ou ainda à ignorância de alguns profissionais de saúde (médicos em sua maioria) que ridicularizam ou proíbem as terapias de cunho espiritual, não considerando o bem-estar do paciente, o que, por sua vez, é um dos princípios base dos Cuidados Paliativos.

Lembramos então de Norbert Elias (2001), no comentário que faz sobre as múltiplas tentativas de explicações para o futuro posterior à morte ser de ordem muito subjetiva e que estimula o imaginário humano.

Nessa busca por respostas, a religião surge minimizando o abismo da ausência de afirmativas sobre o que acontece depois da morte e traz “confortos” através de explicações que diminuem as angústias interiores sobre o desconhecimento da morte.

A exemplo do acalento promovido pela religião, temos uma ideia clara e precisa de que se faz de uma vida posterior à morte pela doutrina espírita kardecista,

para aquele que se coloca, pelo pensamento, na vida espiritual que é indefinida; a vida corporal não é mais que uma passagem, uma curta estação (Kardec, 1989, p. 44).

Portanto, a religião abrange, ainda, uma questão da linguagem, da ideologia e concepção de mundo e serve como intermediária entre a razão e as angústias que envolvem a finitude. E, pensando na cultura ocidental, cabe uma reflexão sobre o cristianismo, mais precisamente uma ligação de morte com o fim da vida de Cristo, um sofrimento e uma certeza de uma vida futura no Paraíso ou no purgatório ou no inferno, conforme a conduta de cada mortal. Busca-se, também, nas palavras bíblicas, suporte para essa dimensão de vínculo entre morte e salvação. A fé das pessoas expressa um arcabouço teológico de experiência pessoal e familiar. Expressões como fé e liberdade também estão presentes na conceituação de morte (Mesquita, 2005, p. 166).

As interlocuções com atores sociais adoecidos, profissionais da saúde alopática, lideranças religiosas e espirituais com as quais tivemos oportunidade de realizar os estudos que nos servem para esta reflexão e que têm como característica uma plethora de combinações e cruzamentos com elementos das tradições indígenas, umbandistas, católicas, espíritas kardecistas, budistas, dentre outras, nos permite inferir que as relações destes sujeitos aqui referidos e a maneira como lidam com a morte, a iminência dela e o morrer guarda íntima relação com a sociedade ocidental, a biomedicina, o lugar que o cristianismo ocupa, notadamente no Brasil e a questão da laicidade, da cultura e das políticas públicas quanto à relação corpo-saúde-doença.

Considerações finais

Como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas.

O cuidado com esse outro, “o doente”, fica por conta das técnicas alternativas e complementares. Assim, profissionais de saúde são formados para lidar tecnicamente com os fenômenos da doença e da morte. Ou seja, o profissional é formado para curar a doença, combater a morte, e, muitas vezes, é negligenciada a parte de lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo na sua inteireza, considerando a sua subjetividade, espiritualidade ou cultura religiosa.

Portanto, observamos que, no processo do adoecimento e da morte, em cada tempo, e cultura, existe um significado atribuído a ela. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E, assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo.

Através da atividade e das relações sociais que se estabelecem com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir de sua própria expe-

riência e história de apropriações, ou seja, sua subjetividade. Dessa maneira, o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa.

Em síntese, o presente capítulo foi ancorado nas contribuições teórico-metodológicas da sociologia; da antropologia, da história e da psicologia. A investigação trouxe a lume a importância de olhar as dimensões compostas por sujeito, subjetividade e cultura apontando para a necessidade de repensar as posturas adotadas por profissionais da saúde, adoecidos, e lideranças religiosas e espirituais, com vistas a contribuir com políticas públicas que ampliem a eficácia nas maneiras de lidar com o processo da iminência da morte e do morrer nas seguintes práticas: biomédicas, cuidados paliativos, religiosas e/ou espirituais.

REFERÊNCIAS

- ARIÉS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: Da Idade Média Aos Nossos Dias**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sirio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cutrix, 1982.
- CERTEAU, Michel de. **O inominável: a morte e morrer**. In: *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Editora Vozes, 2014.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. **Morte: uma visão psicossocial**. Estudos de Psicologia (Natal) [online]. 2006, v. 11, n. 2. pp. 209-216. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>. Epub 26 Mar 2007. ISSN 1678-4669. Acessado 29 outubro 2022.
- ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar, 2001.

- GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.
- KARDEC, A. **O evangelho segundo o espiritismo**. Araras: Instituto de difusão espírita, 1989.
- KLAFKE, T. E. **O médico do lidando com a morte**: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: *Morte e desenvolvimento humano*. Cassorla (org.). Campinas: Papirus, 2010.
- KOURY, M. G. P.; BORGES, R. et al. **Erving Goffman**: reflexões etnográficas desde a antropologia das emoções. Recife: Bagaço, João Pessoa: GREM, 2019.
- KOVÁCS, M. J. **Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde**. In: *Morte e desenvolvimento humano*. Cassorla (Org.). Campinas: Papirus, 1992.
- LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.
- LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- MACÊDO, I. P.; CAVALCANTE, F. V. **Tecnologias em Terapêuticas Neoesotéricas**: religiosidades e cuidados paliativos em Teresina-PI. In: XXII Seminário de Iniciação Científica, 2013, Teresina. Anais eletrônicos. ISSN 1518-7772. Disponível em: <https://sis.ufpi.br/22sic/Documentos/RESUMOS/Modalidade/Humanas/IANNE%20PAULO%20MACEDO.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2022.
- MACÊDO, I. P. Macêdo, Ianne Paulo. **A vivência do câncer e a produção de seus significados em Teresina**: emoções, espiritualidade e cuidados paliativos. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, 2017.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- MESQUITA, G.M.S. **Das dores da morte**: um estudo de caso sobre a finitude. 2005. Dissertação (Mestrado de psicologia) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, Ceará, 2005.
- MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Publicações Europa América, 2ª ed. 1970.
- OIGMAN, Gabriela. Tabu da morte. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, n. 9., pp. 2248-2249. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/>

S0102-311X2007000900034>. Epub 06 Ago 2007. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900034>. Acessado 29 outubro 2022.

OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Genève: OMS, 2002.

RODRIGUES, José Carlos. **Constantes e variáveis significacionais nos Ritos e mitos associados à morte**. Trabalho apresentado ao Grupo de Trabalho Comunicação e cultura do XIX Encontro da Compós, na PUC-Rio, 2010.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Desafios da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias) em um CREAS

Irlena Maria Malheiros da Costa
Claudia Maria Inácio Costa

1 introdução

Coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, ligada ao Ministério da Cidadania, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e sua Norma Operacional Básica, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) regulariza e organiza os serviços socioassistenciais no Brasil (Brasil, 2020). A criação desse novo modelo de gestão na área da assistência social tem seus primórdios na promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993) e reconhecida e institucionalizada como política quase dez anos depois (2004), no cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, no final de 2003 (Brasil, 2009).

Reestruturando programas, benefícios e serviços por níveis de complexidade, essa nova política ratificou as competências para cada instância de poder (federal, estadual e municipal) com foco na descentralização, que já constavam na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS padronizou a nomenclatura na área da assistência social em todo o território nacional, deslocou a centralidade de atuação do indivíduo para a família e estabeleceu novas regras de financiamento. A execução do SUAS realiza-se nas ações conjuntas dos três níveis de governo em parceria com as Organizações da Sociedade Civil – OSC's, sendo a esfera federal responsável pela coordenação e normatização gerais e a execução dos programas, realizada por estados e municípios (Brasil, 2009).

O SUAS organiza a rede de Proteção socioassistencial em dois tipos: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). Em nível de complexidade baixa, a primeira atua na prevenção de riscos, e seu público-alvo é a população em situação de vulnerabilidade social em decorrência da pobreza; da fragilização de vínculos afetivos, sociais, comunitários e de pertencimento e da privação de acesso a serviços públicos. Com foco essencialmente na prevenção, as ações de PSB são territorializadas e desenvolvidas nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), principal “porta de entrada” das famílias no SUAS, oferecendo serviços como inserção no Cadastro Único, orientação sobre os benefícios e direitos sociais e obtenção serviços que fortaleçam a convivência familiar e comunitária (Brasil, 2009; Brasil, 2022).

Na PSE, são oferecidos serviços de média e alta complexidade. As atividades da PSE de média complexidade são realizadas em Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Neles, as ações e os programas destinam-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos estão ameaçados ou foram violados. As situações de ameaça ou violações de direitos ocorrem principalmente por violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual, rompimento ou fragilização de vínculos familiares e/ou comunitários, abandono e, ainda, afastamento da família devido à aplicação de medidas penais. Por sua natureza mais complexa, as ações da PSE devem ser desenvolvidas em estreita interlocução e parceria com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, especialmente os conselhos tutelares, os Juizados da Infância e da Juventude, o Ministério Público, a Defensoria Pública, bem como as delegacias especializadas na defesa dos direitos da mulher, do idoso, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente (Brasil, 2014).

A criação, a implementação e a manutenção do SUAS têm como objetivo principal o enfrentamento às desigualdades sociais e a garantia dos direitos para indivíduos, famílias e grupos com restrito (ou nenhum) acesso a eles (Brasil, 2009). Embora o cuidado não apareça como princípio no SUAS, entendendo que a política tem fundamentos democráticos e supera a ideia assistencialista de atendimento à população, tomamos a priori o cuidado – no sentido de Joan Tronto (2007) – como um valor importante em sua atuação. Nesse sen-

tido, atitudes de interesse que movem as práticas do cuidar na assistência social importa na compreensão de como essa política vem se desenvolvendo no Brasil ao longo dos anos.

Este trabalho visa refletir sobre os desafios da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado no atendimento psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias) em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) localizado em Fortaleza, Ceará, Brasil. Nossa ideia é fazer emergir questões relacionadas às dificuldades encontradas pela equipe psicossocial para colocar em prática a interdisciplinaridade, que é base de execução da política de assistência social brasileira e requisito importante para o desenvolvimento de um cuidado integral. Os dados aqui desenvolvidos foram produzidos através de uma etnografia multissituada associada a entrevistas semiestruturadas realizada no referido local e que fazem parte de uma pesquisa maior de doutoramento.

2 O atendimento psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias) em fortaleza (CE)

De acordo com o censo do SUAS realizado, em 2021, pelo Governo Federal, existem 2747 CREAS locais e 35 regionais no Brasil (Brasil, s/d). No estado do Ceará, há, até o momento, um total de 14 unidades de CREAS locais e 2 regionais. Já em Fortaleza, quinta maior cidade brasileira em população, no momento da pesquisa es-

tavam em funcionamento 6 CREAS sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Fortaleza, quando a necessidade da capital cearense seria de, pelo menos, 12 CREAS de acordo com os parâmetros estabelecidos pela PNAS. Esse é o mesmo número de quando Costa (2017) realizou sua pesquisa de doutoramento alguns anos antes, sendo que, naquela época, existia ainda um CREAS regional mantido pelo Governo do Estado e que atendia parte da demanda de Fortaleza e quatro municípios do interior cearense. O atendimento psicossocial e jurídico de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Fortaleza atualmente está sob a responsabilidade dos 6 CREAS locais e do Programa Rede Aquarela (PRA), pertencente à Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI) (PREFEITURA, [s/d]b).

Com a implementação do SUAS, entre os anos de 2005 e 2009, o Programa Sentinela – que, até então, era um programa nacional de combate à violência sexual infantojuvenil – passou “a operar por dentro do Centro de Referência Especializado da Assistência Social, que atende demandas de vítimas de violência de um modo geral, afetando o caráter especializado da política e a qualidade do atendimento às vítimas” (CEDECA/CE, 2014, p. 22). Em consequência, vários municípios cearenses, seguindo orientação da nova política nacional, incorporaram o atendimento de crianças e adolescentes que vivenciaram a experiência de violência sexual infantojuvenil aos CREAS locais. Contudo, ao mesmo tempo em que segue as diretrizes do SUAS ao se criar os CREAS locais, a Prefeitura Municipal de Fortaleza

(PMF) mantém o Programa Rede Aquarela oferecendo atendimentos exclusivamente para casos de violência sexual infantojuvenil (CEDECA/CE, 2014).

O PRA foi criado em 2005 pela Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI). Ele tem como objetivo articular e executar a Política Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil, desenvolvendo ações de prevenção, mobilização e atendimento especializado para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias). Tanto os CREAS quanto o PRA trabalham em parceria com as instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente na capital cearense (PREFEITURA, [s/d]a).

Preconizado pelo SUAS, esse novo padrão de políticas sociais para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual trouxe consigo mudanças nas formas de intervenção diante de casos notificados de violência sexual infantojuvenil. Segundo Costa (2017), através de uma rede articulada e especializada, as ações pretendem ser capazes de enfrentar de forma mais abrangente e sistemática o complexo emaranhado de elementos que fazem esse tipo de violação de direitos “existir” ou “desaparecer” enquanto “problema social”. Nesse formato, diante de um caso de violência sexual infantojuvenil, espera-se que os órgãos de proteção a crianças e adolescentes atuem de forma conjunta e rápida. Para tanto, a articulação se daria através, por exemplo, de uma comunicação célere e eficaz entre instituições acerca de todas as ações realizadas para que todos os envolvidos estejam cientes dos acon-

tecimentos relacionados a um determinado caso, tome decisões conjuntas e atuem em seus setores de forma a proteger a vítima, restaurar vínculos e responsabilizar os agressores.

Já em se tratando da especialização, também prevista pela política, dada a complexidade do problema, faz-se necessário que todos os envolvidos no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual infantojuvenil tenham passado por cursos e treinamentos para que suas práticas sejam realmente acolhedoras, respeitadas e eficazes, independentemente do tipo de caso. Espera-se também que seja realizado um trabalho interdisciplinar, através do qual as diversas técnicas e conhecimentos de cada disciplina estejam articulados de forma a fortalecer psicologicamente e socialmente a criança e sua família, alcançando o objetivo da política de assistência.

3 Os desafios da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (e suas famílias) em um CREAS

3.1 Interdisciplinaridade, concorrência profissional e burocratização do cuidado

No processo histórico brasileiro, a política socioassistencial se fez a partir de um agente executor chamado assistente social. A base de desenvolvimento e expansão sócio-ocupacional de tal profissional esteve atrelada diretamente às execuções das chamadas ações sociais implementadas pelos governos brasileiros a partir da

década de 1930, que tomariam caráter de política pública somente com a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988 (CF88) (Brasil, 2016). Foi também a partir dessa constituição que se deu o indicativo para o estabelecimento de normas e diretrizes que iriam precorizar a execução da política pública de assistência social, constituindo já na sua Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) perspectivas de trabalho que transpusessem uma única categoria profissional. Anos depois, quando o SUAS foi criado expandiu-se ainda mais o campo das políticas socioassistenciais no país, reiterando a já apontada necessidade de habilidades profissionais de outras áreas de conhecimento para além do Serviço Social.

Com as mudanças desencadeadas pelo SUAS, especialmente no tocante aos aspectos adotados de integridade, intersetorialidade e equidade, todos os membros das equipes técnicas da nova política socioassistencial passaram a ser diretamente responsáveis por executar serviços, programas, projetos e benefícios, guardadas as especificidades de suas formações. Importante notar que isso trouxe um impacto significativo para o mercado de trabalho na política da assistência social, pois ampliou o escopo de profissionais e conhecimentos atuantes na política. Porém, em um contexto de uma ordem neoliberal de estratificação – com poucos investimentos em promoção e atuação nas políticas sociais, desinvestimento em formação e capacitação de profissionais, alta volatilidade de permanência destes a partir de vínculos trabalhistas fragilizados, observa-se uma diluição ou mesmo sobrecarga de funções profissionais devido a incomple-

tude dos quadros profissionais do SUAS. De acordo com Guerra *et al.* (2016), todo o contexto sociopolítico desde a década de 1990 (quando a política começa a tomar forma em termos de legislação e execução) percebe-se uma ampliação da lógica produtivista e competitiva neoliberal também na área de Serviço Sociais e de outros setores estratégicos para o SUAS, que podem se dar desde a questão concreta de cargos como nos discursos que legitimam ou não a atuação de determinada profissão.

Ao pensarmos sobre a concorrência no âmbito profissional de execução de uma política socioassistencial, atentamos para as dinâmicas de sociabilidades dos espaços ocupacionais construídas a partir de uma lógica neoliberal que viabiliza políticas sociais, a partir do seu próprio desgaste e desfinanciamento. Logicamente, esses meandros impactam diretamente nos processos de trabalho e no atendimento à população. Daí a importância de destacarmos aqui o caráter do desenvolvimento e expansão de políticas públicas socioassistenciais, pautadas pela contradição de se estabelecerem em um contexto neoliberal perpetuador de condutas que fragilizam a sistematização, eficácia e eficiência delas.

No caso do CREAS analisado aqui, observamos disputas de narrativas sobre os desafios do trabalho a partir de uma espécie de incapacidade dos profissionais de distintas áreas em compreender e colocar em prática as prerrogativas do SUAS, em geral, e do CREAS, em particular. Foram observados, por exemplo, questionamentos sobre o comportamento dos profissionais das áreas do direito e da psicologia como se estes não estivessem

aptos a promover os atendimentos especializados indicados na política socioassistencial e que os assistentes sociais seriam aqueles mais habilitados para o trabalho.

Entretanto, é na promoção do cuidado interdisciplinar – e não somente no atendimento técnico específico do Serviço Social – que é possível atingir o objetivo das políticas de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Entendemos que, muitas vezes, as expectativas sobre o atendimento da população vulnerável no âmbito do CREAS, por questões de “imaginário social” da produção de assistência social, podem estar influenciando a importância de outras formas de promover o cuidado. A complexidade da política social se manifesta na construção conjunta dos múltiplos saberes na intervenção de um caso, na tentativa, por exemplo, de identificar os diversos ciclos de violência familiar. Além disso, em seus contatos com as famílias, as equipes técnicas podem mobilizar suas habilidades para observar as sutilezas das interações entre os membros da família usuária e ajudar no estabelecimento de pequenos momentos que possam (re) construir os vínculos e valores fundamentais de convívio como afeto, cooperação, respeito e solidariedade.

Sabemos, por outro lado, que as disputas internas das equipes do CREAS estão, muitas vezes, condicionadas pela lógica própria do mercado, que adentra na composição de estratégias de construção do trabalho realizado na instituição: os vínculos trabalhistas fragilizados, a alta rotatividade e os baixos salários obrigam os profissionais a manterem mais de um emprego e lon-

gas jornadas de trabalho. O processo de precarização acaba afetando direta ou indiretamente as práticas de cuidado no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atrelando, a essas práticas, inclusive, sentidos como os de produtividade (“bater metas”) e de produção massiva de relatórios técnicos. Isso repercutia em quantificação e alta burocratização do cuidado. Tais aspectos podem ser vistos nas próprias práticas de trabalho, quando percebemos que a produção de estatísticas e relatórios parecem tomar espaço dos atendimentos dos usuários do CREAS.

3.2 Interdisciplinaridade e limites profissionais

Com a pretensão de ser interdisciplinar, o SUAS trouxe consigo alguns desafios. Como conciliar diversos, grandes e diferentes aportes político-teórico-metodológicos nas práticas de cuidados socioassistenciais a vítimas de violência sexual sem que uma disciplina se sobressaia às outras? Como é possível psicólogos e advogados realizarem atividades que não são privativas do assistente social, mas que são historicamente relacionadas a esses profissionais, quando a própria política leva o nome dado ao profissional (assistente social) arraigando um imaginário social sobre quem atua na política?

Logicamente, sabemos que as práticas de cuidado no CREAS transbordam as burocracias e fronteiras de saberes. Entretanto, parece ainda persistir uma espécie de disciplinamento no atendimento psicossocial nos modos tradicionais próprios do Serviço Social. Durante as incursões etnográficas, percebemos que o ambiente

de trabalho da instituição refletia muitas dúvidas e incertezas sobre o trabalho interdisciplinar, especialmente no tocante ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Havia nas narrativas uma espécie de tensão em torno dos limites e das possibilidades das práticas de cuidado a serem conduzidas nesses casos. Esse problema era muito mais nítido quando envolvia assistentes sociais e psicólogas. Vejamos a narrativa de uma psicóloga entrevistada.

[O trabalho interdisciplinar] é difícil. Porque, assim, por mais que a gente escute ser necessário [inaudível]. Todo mundo tem o mesmo discurso: “ah, tem que ter o trabalho interdisciplinar e tal. Mas na hora do fazer é difícil, né? Não é fácil. É... Esse trabalho psicossocial da forma que tá acontecendo hoje aqui no CREAS... É... Não era assim. O trabalho tava acontecendo separado. A assistente social atendia. Depois a psicóloga atendia. E se houver necessidade encaminha pro jurídico. Não era um trabalho junto, né? Não era um trabalho psicossocial. Cada um fazia o seu. Agora que fizeram duplas. Então, são duplas específicas. Então, aquela dupla vai atender aquela família. Então, o atendimento é feito casado, junto. E, aí, o assistente social faz o que compete a ele e o psicólogo, o que compete a ele. Mas ainda é... Tem muita resistência de alguns... de alguns profissionais... nessa... nesse trabalho em conjunto. A dificuldade de saber: “ah, eu posso entrar no atendimento?” Por exemplo... Porque como a gente atende muito criança, alguns assistentes sociais... é... falam

que não acham certo entrar no atendimento na sala junto com o psicólogo pra atender a criança, né? Outros já acham que não, que tem que atender sim. Porque são trabalhos... Na faculdade, também estudaram e trabalharam e sabem lidar com isso, com a criança. Então, havia muito essa discussão, né. Então, assim, é, cabe da dupla tá conversando, verificando, né. O que é que é necessário praquela família naquele momento? Né? Se a psicóloga... Porque existem, né, as restrições, assim pra o atendimento. Se a psicóloga perceber a necessidade de tá conversando com aquela mãe, ou tá conversando com aquela criança, sozinha, né? Porque percebeu que aquela mãe tava muito fragilizada e talvez ela sozinha seria melhor pra tá falando... É uma conversa que você vai ter com sua dupla assistente social e explicar: "olha, deixa eu ficar sozinha?! Depois eu te repasso o que couber, né, da situação". E aí é que se entra o planejamento. Que é o planejamento que vai ser feito com aquela família. Então, aí é que falta muito a conversa, conversar depois. Né? Você atende e conversa depois: "é aí? O que a gente vai fazer?" Porque ficou muito atendimento por atender, sabe? No começo. Eu, quando eu entrei aqui, eu sofri horrores! [risos] Porque eu não entendia como era meu trabalho. Eu não sabia o que é que eu tinha que fazer. Porque eu sou psicóloga, mas não sou psicóloga clínica aqui dentro. Sou uma psicóloga que tô aqui pra dar um apoio. Então, assim, a psicologia clínica tem um espaço específico. Uma outra forma de abordagem. Então, assim, não tem esse... Algumas pessoas

não tinham esse entendimento, né. E acabava fazendo psicologia clínica aqui dentro, que não é. Até por conta do tempo que a gente tem. Tem uma de... É muito grande a demanda. E o tempo de um atendimento pra outro... chegou a ter vezes que... é de mês em mês que eu atendia uma família. Então, assim, na clínica, isso jamais ia dar certo. Atendimento na clínica é semanal. Né? Então, assim, eu tô em contato constante com aquela pessoa e aqui demorava muito. (Psicóloga, 29 anos, CREAS)

Observamos, no relato transcrito, a dificuldade que os técnicos do CREAS tinham para superar o perspectívismo disciplinar durante um atendimento. A profissional relatou que, por um tempo, cada um fazia o seu trabalho (um caso com várias perspectivas). No entanto, a política socioassistencial espera um trabalho relacional entre diversas pessoas, disciplinas e instituições para que aquela vítima (e sua família) consiga se fortalecer após a violência sexual sofrida e sua denúncia. Todavia, não é possível estabelecer um manual para o trabalho interdisciplinar, muito menos para a criação de uma rede de cuidado. Cada caso é um caso.

A priori, havia no CREAS um consenso apenas quanto à atuação exclusiva do serviço social, provavelmente pela própria tradição e expertise que construiu na área socioassistencial. Ao mesmo tempo, sempre, de uma forma ou de outra, uma questão surgia: o que (não) faz um psicólogo nos CREAS? E, dessa questão, surgiram desdobramentos: a) que técnicas próprias do trabalho de psicólogo (não) podem ser aplicadas na assis-

tência social?; b) (não) é possível realizar escuta psicológica em instituições socioassistenciais?; c) o que (não) é sigilo profissional? Um problema recorrentemente descrito, por exemplo, foi a “confusão” que alguns psicólogos faziam entre atendimento psicossocial e atendimento clínico. Entretanto, somente aqui encontramos um consenso nas narrativas: “o CREAS não é clínica”. Da afirmativa, listavam-se pelo menos três motivos: a) a demanda do CREAS é muito grande; b) não existe tempo hábil para fazer clínica; c) a clínica deve ser serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses limites significam na prática que: a) o hiato entre os atendimentos deve ser de, pelo menos, um mês (salvo exceções); b) todas as demandas indicadas para psicoterapia devem ser encaminhadas. Por outro lado, parecia incontestável a competência exclusiva das psicólogas: a escuta psicológica, a avaliação psicológica e a supervisão de estagiários graduandos em psicologia.

Essas controvérsias em torno da interdisciplinaridade e do papel dos psicólogos desencadearam discussões e estas geraram rodas de conversa durante as reuniões de equipe. De acordo com psicólogas e assistentes sociais, apesar de todas resgatarem esse assunto nas entrevistas, a tensão desencadeada pela “*confusão*” entre atendimento psicossocial (psicólogo de CREAS) e atendimento clínico (psicólogo de clínica particular) se dissipou quando foram criadas as equipes técnicas, possibilitando maior diálogo entre os saberes diante de cada caso. Minimizou-se também o problema da sobrecarga de trabalho de assistentes sociais diante de rela-

tórios sociais (agora chamados relatórios psicossociais), análises socioeconômicas e encaminhamentos socioassistenciais, já que todas as ações passaram a ser “conversadas”, “feitas em conjunto”. Aliás, nem todas.

A psicologia tem o sigilo profissional como um fundamento ético quase que intransponível para as psicólogas do CREAS e esse assunto gera ainda mais tensões na instituição. Durante as incursões etnográficas, tivemos notícias de que, alegando necessidade de garantir o sigilo profissional, algumas psicólogas exigiram que a escuta e a avaliação psicológicas fossem realizadas em sala separada, sem a presença de assistentes sociais. Essa exigência desencadeou novas discussões sobre a natureza do trabalho da psicologia e, agora, do sigilo profissional: o sigilo profissional do psicólogo e o direito à confidencialidade dos usuários seriam resguardados se o atendimento psicológico contasse com a presença de assistentes sociais? Tais discussões, desta vez, não chegaram a um consenso naquele CREAS. As opiniões se dividiram nas reuniões de equipe e a situação foi aparentemente resolvida deixando para cada equipe a liberdade em decidir como seriam operados os atendimentos. Na prática, o que observamos foi que as psicólogas adquiriram liberdade (às vezes contestada) de decidir quando atender um usuário sem a presença de outros profissionais e cabia às assistentes sociais atenderem familiares. Isso é um elemento importante também para as práticas de cuidado em casos de violação sexual infantojuvenil, já que envolvem emoções controversas e podem resultar em escândalo (pânico moral).

Em termos analíticos, o sigilo profissional como ponto de tensão trouxe-nos uma reflexão importante: apesar de tal prerrogativa ter sido citada no campo apenas na área da psicologia, trata-se de um fundamento ético também do serviço social, resguardado inclusive por seu código de ética. Nesse sentido, observando as nuances apresentadas no conjunto de narrativas analisadas, entendemos que a controvérsia está mais uma vez nas discussões acerca dos limites e das possibilidades do fazer profissional de cada área do conhecimento dentro do CREAS. Contudo, parece-nos que, além da ideia do sigilo em si, o que importa no trabalho realizado na instituição é entender o que são demanda, requisição, competência, atribuição, habilidade concernentes à política implementada e a atribuição privativas de cada profissional, assim como da própria política pública na qual o CREAS está vinculado. A partir daí, será possível estabelecer processos de trabalho a serem exercidos em conjunto ou por qualquer um dos profissionais que atuam no caso. Entendemos que, superado o desafio de compreender coletivamente todas essas questões, será possível distinguir as competências privativas de cada profissional e garantir as condutas necessárias de sigilo.

3.3 Interdisciplinaridade e formação profissional

O problema da interdisciplinaridade está atrelado também a outro elemento importante, que inclusive pode ser observado na narrativa citada anteriormente: para alguns profissionais – por exemplo, os psicólogos – as

políticas públicas de assistência social caracterizam-se como um campo em expansão e amadurecimento em termos de formação. Apesar de inúmeros avanços, a presença da psicologia nas políticas públicas sociais é um evento relativamente recente. Segundo Motta e Scarparo (2013), estas despontaram como um espaço sócio-ocupacional no âmbito da psicologia, a partir da década de 1990, mas apenas com a criação do SUAS houve uma importante expansão da atuação profissional de psicólogos no âmbito das políticas sociais. Neste sentido, as autoras chamam atenção para um “descompasso” entre a formação e a atuação profissional no campo da assistência social.

Por outro lado, a psicologia é uma área tradicional na promoção de cuidado e sua formação privilegia esse aspecto. O problema, segundo Motta e Scarparo (2013), está na representação social consolidada de que o atendimento de psicólogos é individual e clínico, o que não se articula a priori com o que deva ser sua atuação na política de assistência social. É, por isso, que as autoras afirmam que as habilidades profissionais desenvolvidas no âmbito da formação de psicólogos devem ser (re)pensadas, já que são fundamentos para sua atuação em contextos específicos das políticas sociais como o SUAS.

Em termos analíticos, outrossim, vale a pena levantar uma questão. É possível ensinar o cuidado? Quando as discussões sobre a interdisciplinaridade ganharam força no CREAS, as reuniões de equipe começaram a reorganizar o serviço. Durante as incursões etnográficas na instituição, observamos que o atendimento psi-

cológico consistia em uma coleta de dados, análise da situação e intervenção técnica. Para tanto, eram desenvolvidas atividades de escuta e orientação, sejam individuais, sejam em grupo, capazes de identificar fragilidades e orientar usuários e seus familiares na criação, fortalecimento e potencialização de vínculos afetivos e sociais. Nesse sentido, o que diferenciava o trabalho de psicólogos e assistentes sociais no CREAS? O treinamento dos corpos durante a formação profissional.

A presença de outras profissões – tais como psicologia, direito e pedagogia – no SUAS trouxe consigo novas ferramentas para o enfrentamento de problemas sociais, pensando na integralidade dos usuários e de suas demandas. Através de um aporte político-teórico-metodológico próprio, por exemplo, os psicólogos utilizam técnicas de avaliação de casos em situação de vulnerabilidade social e intervenção diante de questões subjetivas individuais e/ou coletivas que, porventura, possam surgir. Esse trabalho pode acontecer através do olhar atento e treinado sobre: a) o estado psicológico dos usuários, identificando, por exemplo, sintomas de sofrimento emocional e/ou de distúrbios psicopatológicos; b) as relações estabelecidas entre indivíduos, famílias, grupos, comunidades; c) as potencialidades pessoais, familiares, grupais, comunitárias. A mesma lógica de pensamento pode ser desenvolvida para qualquer área atuante no CREAS.

Neste sentido, em termos práticos, entendemos que o atendimento realizado pelas psicólogas no CREAS é diferente do que ocorre na clínica. Já os advogados não

advogam na instituição psicossocial, pois mobilizam outras habilidades e outros conhecimentos que são importantes para os usuários no contexto do CREAS. O trabalho das assistentes sociais também varia a depender do ambiente em que atuam. Esses movimentos acontecem porque são as habilidades aprendidas durante a formação profissional de cada categoria que importa nas práticas de cuidado no CREAS diante de vítimas de violência sexual infantojuvenil, não o perspectivismo burocratizado dos atendimentos de outrora.

Considerações finais

O SUAS tem como princípios a universalidade, a gratuidade, a integralidade, a intersetorialidade e a igualdade. Nesse sentido, ele versa sobre a garantia de direitos e a superação das vulnerabilidades sociais de toda a população brasileira que dele necessitar. Seu principal desafio é oferecer serviços por meio de atendimento especializado a indivíduos e grupos vulneráveis sem cair na perspectiva assistencialista de um cuidado que reitera desigualdades e hierarquias. Daí a importância de não se perder de vista o caráter democrático da assistência social.

Quando a política se materializa em práticas, emergem muitos desafios. O fantasma do assistencialismo, os vícios de práticas anteriores à redemocratização, o contexto socioeconômico e político pouco afeito a políticas sociais, o menosprezo pela promoção do cuidado amplo e irrestrito e a desvalorização dos cuidadores profissionais são alguns dos problemas observados na

pesquisa realizada no CREAS e que sabemos acompanhar todo o processo de implementação e desenvolvimento do SUAS.

Em termos microsociais, foi perceptível que a interdisciplinaridade é um desafio importante para o desenvolvimento de práticas de cuidado em casos de violência sexual infantojuvenil. Isso acontece pelos motivos concretos levantados anteriormente, mas também pela dificuldade que os técnicos têm de: a) superar o perspectivismo, observando um caso de violência sexual com várias perspectivas (fragmentação do cuidado); b) em pensar a nova política de assistência social para além do serviço técnico-burocratizado (cuidado assistencialista). Entendemos, ademais, que essas questões estão intrinsecamente relacionadas à formação conteudista e cada vez mais fragmentada dos profissionais que atuam na assistência social, contribuindo para a produção de um cuidado descolado do objetivo primordial da política.

Vimos neste trabalho que a complexidade prática na realização dos atendimentos psicossociais no CREAS traz diversas tensões e desafios para os profissionais, especialmente quando a política tem um contexto neoliberal e extremamente burocrático. Entretanto, pautado na interdisciplinaridade, o trabalho realizado por assistentes sociais e psicólogas são elementos importantes de cuidado disponíveis na rede de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, fazendo com que os direitos dessa população sejam garantidos, bem como seu bem-estar e acolhimento via instituição e política pública.

Referências

BRASIL. **Censo SUAS 2021**. Status Censo SUAS 2021. Brasília, s/d. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/censosuas/status_censo/relatorio.php#. Acesso em: 29 jun 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. **Ministério da Cidadania. Ações e programas** - Assistência social. O que é. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/o-que-e>. Acesso em: 29 jun 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**. Brasília: MDS, 2009 [reimpressão].

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Reimpressão 2014. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 1 fev. 2017.

BRASIL. Serviços. **Rede de Assistência e Proteção Social**. O que é. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/aces-sar-o-cras-centro-de-referencia-da-assistencia-social>. Acesso em: 29 jun 2022.

CEDECA/CE. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente. **Monitoramento da política de atendimento às vítimas de violência sexual**. CEDECA: Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://pt.calameo.com/books/003823062707530f1dedf>. Acesso em: 1 mar. 2017.

COSTA, Irlena Maria Malheiros da. **“Eu dizendo uma coisa e todo mundo dizendo outra”**: o “abuso sexual infantojuvenil” em múltiplos contextos. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador: UFBA, 2017.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio; REPETTI, Gustavo Javie; ANDRADE FILHO, Antonio; SILVA, Platini Boniek Sardou da; ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. **Atribuições, competências, Demandas e Requisições**: o trabalho do assistente social em debate. I.: XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-ou-tros-201804131237474299190.pdf/>. Acesso em: 19 maio.2022.

MOTTA, Roberta Fin; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. **A psicologia na assistência social**: transitar, travessia. In.: Revista Psicologia e Sociedade. N.25, p. 230-239. Recife, 2013.

PREFEITURA Municipal de Fortaleza. **Catálogo de serviços**. Programa Rede aquarela. Fortaleza, [s/d]a Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/social/servico/146>. Acesso em: 29 jun 2022.

PREFEITURA Municipal de Fortaleza. **Catálogo de serviços**. Trabalho e serviços sociais. Fortaleza, [s/d]b. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/social/servico/146>. Acesso em: 29 jun 2022.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/r8ZmgZVYSX9q4PQmYcFkB-mK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29 jun 2022.

A praça e a cidade: ambientes públicos nos cuidados com a saúde

Antônio Fábio Macedo de Sousa
Preciliana Barreto de Morais

1 Introdução

Na contemporaneidade observa-se a emergência de discursos e projetos governamentais que pensam a cidade como lócus de promoção e aquisição de maior capital de saúde e melhor qualidade de vida para os habitantes das urbes. Como exemplo dessa realidade, verifica-se em Fortaleza o recente desenvolvimento de políticas urbanas de intervenção nos espaços públicos de diversos bairros da cidade.

A cidade de Fortaleza se insere numa tendência “global” ao institucionalizar um conjunto de políticas de revitalização dos lugares de lazer e sociabilidades dos cidadãos (Barreira, 2016). Nesse contexto, as praças públicas situadas em várias regiões da cidade foram reformadas e requalificadas com a instalação de parques infantis, academias ao ar livre, quadras poliesportivas e pistas de skate.

No ano de 2015, a Prefeitura Municipal de Fortaleza implantou os primeiros parques infantis e academias ao ar livre da capital cearense. De acordo com a notícia publicada no *site* da Prefeitura de Fortaleza, no dia 23 de junho de 2015, esses novos espaços públicos da cidade trazem mais saúde e socialização aos fortalezenses. A Secretária Municipal de Esporte e Lazer (SECEL) do município afirma que o objetivo dessa política é possibilitar a promoção da inclusão social, da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Nesse contexto, as ações de intervenção na cidade estão repletas de expressões como: “revitalizar”, “requalificar”, “reviver”, produzindo o que poderíamos chamar de um léxico urbano que sugere concepções valorativas e que estabelece uma relação entre as classificações socioespaciais do bairro e a qualidade de vida dos cidadãos. Essa governamentalidade¹², na medida em que produz um jogo de construções discursivas que legitimam a política de revitalização das praças, também sugere que tal intervenção no espaço urbano estimula um estilo de vida saudável, bem como é benéfico para a saúde da população. De acordo com Barreira (2016), essas construções léxicas encontram-se interligadas às práticas de intervenção e projetos de reorganização que fazem dos espaços públicos da cidade um conjunto complexo de redes e interações sociais.

Tal política tem como público-alvo jovens e crianças. A proposta é que, com esse processo de requalificar os espaços públicos, as crianças e os jovens habitantes de bairros periféricos e socialmente estigmatizados pos-

12 Segundo Michel Foucault em *Nascimento da Biopolítica* (2008).

sam ter melhores condições de lazer e sociabilidade. O programa “Praça Amiga da Criança”¹³ é mais uma ação governamental que faz parte desse conjunto de intervenções nos espaços públicos com o objetivo de contribuir para o bem-estar, desenvolvimento e saúde da população infantil a partir da ocupação dos espaços públicos (Fortaleza, 2015).

De acordo com o paradigma de saúde formulado na década de 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e atualmente adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro, o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doenças no corpo, mas também a um estado de completo bem-estar físico e psicossocial dos indivíduos. A ideia de “ter saúde”, portanto, define-se pelo nível de motivação e ação das subjetividades individuais e pelos determinantes históricos de uma sociedade. Esse conceito ao ressignificar a saúde como produto da relação entre indivíduos e sociedade, desloca-se de uma concepção apenas biológica, corporizada e individualizante ao compreender a condição de saúde como uma consequência da interação de múltiplas variáveis, dentre elas as ambientais, territoriais, socioeconômicas, políticas e culturais.

Diante desses aspectos supracitados, visualizamos, no discurso contemporâneo da saúde coletiva, que a saúde no contexto urbano é “[...] produto e parte do esti-

13 O projeto Praça Amiga da Criança e o Programa Cresça com Seu Filho integram o Plano Municipal pela Primeira Infância de Fortaleza, que se tornou a lei nº 10.221, e são articulados pelo Gabinete da primeira-dama. Todas as ações são em prol da criança e do adolescente do município, principalmente as que vivem em áreas de maior vulnerabilidade (Fortaleza, 2015).

lo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo” (Brasil, 1997, p. 66).

Com base nessa qualificação do problema a ser abordado, temos as seguintes questões como fios condutores das discussões: Como os jovens, por meio das práticas corporais-esportivas e usos do espaço público revitalizado, compreendem a saúde? Quais são as práticas e percepções juvenis sobre saúde no espaço público do bairro em direção ao “cuidado de si”?

2 Percurso metodológico

O interesse pela temática da saúde nos espaços públicos da cidade surgiu por meio de estudos e reflexões desenvolvidos nos campos das ciências sociais em saúde no Laboratório de Ciências Sociais em Saúde (LESSAU)¹⁴ vinculado ao Curso de Ciências Sociais, da Universidade Estadual do Ceará (UECE). As pesquisas desenvolvidas sobre saúde e prevenção nas escolas sobre a população jovem, simultâneo ao projeto de extensão DSTs e HIV/AIDS: ações de prevenção nas Escolas Públicas Municipais de Fortaleza, ambos vinculados ao mesmo laboratório, foram fundamentais na construção deste estudo sobre a saúde nos ambientes públicos da cidade.

¹⁴ LESSAU é um laboratório de ensino, pesquisa e extensão fundado em 2014 pela Profa. Dra. Preciliana Barreto de Moraes, atual coordenadora do laboratório. Antônio Fábio Macedo de Sousa foi da primeira geração de bolsistas do grupo de pesquisa, atualmente é pesquisador colaborador. O LESSAU tem como foco de estudo a compreensão da saúde como fenômeno sociocultural e político, tendo formado diversos pesquisadores nas áreas de Ciências Sociais.

A observação direta foi um instrumento com o qual produzimos um registro descritivo das práticas, dos usos e percepções de saúde nas praças. Realizamos vinte e uma visitas ao longo dos meses de março, abril e maio de 2018. O objetivo destas visitas foi conhecer as pessoas e os seus modos de apropriação dos espaços e equipamentos nas praças. Além disso, fizemos uso desse tempo de pesquisa para realizar a aplicação de questionários com nove jovens direcionando nossas observações para os usos da praça tendo como referência os usuários que praticavam caminhadas, corridas e faziam a utilização dos equipamentos da academia ao ar livre.

Nesse contexto, o trabalho em questão surgiu como uma oportunidade de compreensão sobre o fenômeno saúde/doença na cidade por meio dos sujeitos/indivíduos que operacionalizam práticas na invenção do cotidiano nos espaços públicos. Sua relevância acadêmica consiste em uma possibilidade de colaborar para o conhecimento socioantropológico sobre práticas e percepções de saúde/doença na atualidade, assim como compreender no debate sociológico contemporâneo a relação da saúde nos modos de apropriação dos ambientes públicos pelos indivíduos.

3 Campo teórico das ciências sociais no cuidado em saúde

De acordo com o sociólogo brasileiro Everardo Duarte Nunes (1999), a saúde só se torna de fato um objeto de pesquisa para o conhecimento sociológico a partir dos estudos realizados por Talcott Parsons nas décadas de

1950 e 1960. Conforme bem contextualiza Everardo Nunes (1999), Parsons foi responsável por inaugurar nos Estados Unidos os estudos da sociologia médica.

A importância de Parsons para o desenvolvimento de uma sociologia da saúde está no seu pioneirismo em compreender o binômio saúde-doença como um fenômeno resultante também da dimensão social. Seus estudos sobre saúde foram relevantes à compreensão da relação médico/paciente nos Estados Unidos (Nunes, 1999). Portanto, referir-se ao pensamento parsoniano em saúde nos parece fundamental porque ele inaugurou esse campo de pesquisa nas ciências sociais e, em particular, na sociologia.

Parsons, ao analisar a institucionalização da profissão médica, apresenta esse fenômeno como uma prática que corresponde a um contexto funcional de uma problemática constantemente presente nas sociedades, a saber: as questões de saúde. Nessa perspectiva, Parsons pensa a prática médica como uma instituição no sistema social que visa criar respostas frente às doenças e enfermidades dos membros da sociedade (Nunes, 1999).

Na América Latina, segundo Nunes (1999), as tentativas de produzir uma reflexão sociológica sobre as questões de saúde, bem como as de medicina datam dos anos 1960, quando aparecem os primeiros trabalhos de Juan César García. É importante ressaltar que Juan César García não foi o primeiro, porém, foi um dos principais nomes responsáveis pela difusão das Ciências Sociais em Saúde na América Latina, tendo em vista

sua grande contribuição e incentivo intelectual durante duas décadas e meia às Ciências Sociais em Saúde (Nunes, 1999). Para Nunes (1999), o trabalho que simboliza melhor a análise teórica de García é “Las Ciencias Sociales en Medicina”, um texto de 1972, no qual ele versa sobre as relações de saúde e sociedade.

A conexão do nosso diálogo teórico, entretanto, está em Jurandir Freire Costa (1989) em sua célebre obra “Ordem Médica e Norma Familiar”, na qual o autor apresenta, por meio do estudo da historiografia brasileira, a atuação do saber médico como instrumento de cuidados e controle social no contexto de desenvolvimento da vida cidadina colonial. O autor analisa que a medicina higienista foi fundamental para o Estado se efetivar com um forte poder sobre a vida dos indivíduos.

Com base teórica nos estudos de Michel Foucault (1979) sobre norma, micropoderes e disciplina, Jurandir Freire Costa (1989) tem como principal objetivo compreender como o saber médico se tornou um agente normalizador da vida social urbana no Brasil. A partir dessa perspectiva, é necessário pensar no conceito de dispositivo, elaborado por Foucault, do qual Jurandir se apropria para pensar as intervenções médicas na sociedade urbana. De acordo com o psicanalista brasileiro, os dispositivos são os “[...] conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregando uma tecnologia de sujeição própria” (Costa, 1989, p. 50).

Segundo o autor, as práticas discursivas são o que poderíamos classificar como produtos dos saberes presentes em sociedade, a partir dos mais variados campos de conhecimento, como o senso comum, a filosofia, a literatura, a religião e a própria ciência. Já as práticas não discursivas podem ser compreendidas como tudo aquilo que faz parte das criações materializadas, como a arquitetura dos espaços, as vestimentas religiosas, as delimitações dos espaços das cidades, os equipamentos de atividade física (Costa, 1989, p. 52). Com esse aporte teórico, Costa (1989) realizou uma pesquisa histórica para analisar “as relações entre família, medicina, cidade e Estado no Brasil do século XIX”.

As relações afetivas, os comportamentos íntimos, as representações do corpo, a percepção das necessidades emocionais, possuíam uma estabilidade inamovível por decretos legais. Estes segmentos do universo familiar, causa e consequência do poderio econômico e cultural dos senhores, que permanecem imunes às represálias jurídico-policiais (Costa, 1989, p. 56).

Daí surge a necessidade do dispositivo médico como instrumento de mediação de uma política de modificação do comportamento familiar. De acordo com Costa (1989), a medicina nesse contexto propõe a assimilação da higiene pela família, tendo em vista que a problemática da insalubridade das cidades se mostrava cada vez mais crítica. O saber médico e toda a racionalidade higienista no Brasil do Século XIX torna a medicina social responsável por articular os interesses do Esta-

do, desconstruindo a barreira de resistência da família frente às intervenções da administração política do Estado. O que permitiu à ordem médica realizar tal trabalho foi ter assumido a posição estratégica de intérprete entre família e Estado (Costa, 1989).

Em *Microfísica do Poder*, ao retomar um pouco a história, Foucault (2011) descreve o momento no qual a cidade se torna o lugar de uma preocupação e intervenção político-médica. Como historiador da medicina social, Foucault verifica que foi na França, da segunda metade do século XVIII, que se desenvolveu uma experiência médica orientada para atuar sobre a dinâmica da estrutura urbana. Nascia, portanto, segundo o filósofo francês, a medicina urbana como instrumento de intervenções e medidas de controle sobre as populações.

E, antes de tudo, sobre o espaço urbano em geral: porque ele é, talvez, o meio mais perigoso para a população. A localização dos diferentes bairros, sua umidade, sua exposição, o arejamento total da cidade, seu sistema de esgotos e de evacuação de águas utilizadas, a localização dos cemitérios e dos matadouros, a densidade da população constituem fatores que desempenham um papel decisivo na mortalidade e morbidade dos habitantes. A cidade com suas principais variáveis espaciais aparece como um objeto a medicalizar (Foucault, 2011, p. 2011).

Com base na análise de Foucault (2011), é possível compreender que os focos da prática da medicina social, que surge no contexto francês, são o espaço urbano e

seu ordenamento. É justamente por esse motivo que o objetivo da medicina urbana é a gestão da circulação, ou seja, a política do arejamento. Nesse caso, não a dos indivíduos, mas a das coisas e dos elementos, como o ar e a água. Ainda de acordo com o autor, a medicina social francesa do século XIX teve como principal objetivo manter a higiene pública no sentido de garantir a salubridade, ou seja, de assegurar do ponto de vista da estrutura material e social da cidade uma boa qualidade de vida, portanto condições de saúde aos indivíduos. Diante desse quadro, podemos perceber a relação de poder e controle político da medicina com a organização dos espaços públicos da cidade.

4 Academias ao ar livre nas praças: espaços requalificados em prol dos cuidados com a saúde

A expressiva política de revitalização das praças em Fortaleza na gestão do então prefeito Roberto Cláudio contém um “elemento novo”. Trata-se das Academias ao Ar Livre. Entretanto, a implantação desses equipamentos de ginástica nos espaços públicos da cidade não é algo específico do atual contexto de Fortaleza. Segundo o pesquisador Diego Marafiga de Oliveira (2016), a primeira experiência de academia ao ar livre no Brasil foi no ano de 2005 na cidade paranaense de Maringá.

A política das Academias ao Ar Livre (AAL) advém de um conjunto de propostas que foram elaboradas e descritas nas Diretrizes Mundiais das Políticas Públicas de Promoção da Saúde (PPS) durante a 8ª Confe-

rência Mundial de Promoção da Saúde - Saúde em todas as Políticas, de 2013, na Finlândia. Neste contexto, a instalação das AAL nos espaços públicos brasileiros faz parte da tentativa do governo de incentivar práticas e hábitos de promoção da saúde às pessoas que vivem a utopia urbana (Oliveira, 2016).

Em Fortaleza os lugares públicos escolhidos para a instalação das academias ao ar livre são as praças e os parques, bem como outros espaços abertos destinados ao uso do lazer. Segundo a Prefeitura de Fortaleza, o objetivo da instalação desses aparelhos de ginástica que fazem parte da política de requalificação, visa, sobretudo, “estimular a prática esportiva e hábitos saudáveis” na população fortalezense. É nesse sentido que a gestão Roberto Cláudio implantou setenta e seis academias ao ar livre nas praças que foram revitalizadas.

Ao olhar para essas ações governamentais realizadas, observamos que a política urbana de revitalização pretende reorientar o uso dos espaços públicos da cidade. Do ponto de vista do discurso, os “novos” usos desses espaços públicos se fundamentam em três enunciados: promover a saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas que vivem nos bairros e comunidades de Fortaleza que foram contempladas com as academias. Portanto, ressalta-se a influência do uso do espaço público na saúde dos fortalezenses.

A iniciativa da gestão Roberto Cláudio parece resgatar alguns dos significados presentes nas políticas urbanas do início do século XX, no período da *Belle*

Époque na capital cearense, contexto no qual tal política tinha como direção pensar esses espaços da cidade a partir das noções de disciplina, higiene e civilidade. Os médicos e higienistas desse período recomendavam aos estratos sociais mais altos da sociedade fortalezense a importância de passeios ao ar livre, prática de exercícios corporais e lazeres esportivos nas praças como ciclismo e a corrida de cavalos. É durante esse período que os espaços públicos de Fortaleza se transformam em objetos de discursos e práticas do saber médico, em particular da medicina social (Ponte, 1993; Lopes, 2013).

Com base nesses aspectos histórico-sociais identificamos uma relação de semelhança dessas narrativas com as atuais percepções, classificações e usos dados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza às praças. A incitação dos espaços públicos como lugares de práticas corporais, esportivas e de saúde nos remete à associação entre essas práticas discursivas e não discursivas. Nessa perspectiva, é válido fazer referência ao postulado teórico de Walter Benjamin (2017) a respeito das transformações urbanas no contexto parisiense do século XIX, no qual Benjamin verificou que as intervenções no tecido urbano não tinham como objetivo apenas adaptar a cidade a novas dinâmicas sociais da modernidade, mas que visavam, sobretudo, uma espécie de controle social dos habitantes.

As academias ao ar livre, como fenômeno recente do contexto contemporâneo de uso dos espaços públicos em Fortaleza, figuram como “novos” instrumentos ou

tecnologias de poder sobre a saúde dos indivíduos. O argumento que fundamenta a implementação dessas técnicas é não somente uma racionalidade do tipo governamental; é principalmente uma racionalidade biopolítica.

O conceito de biopolítica formulado por Michel Foucault (1999) corresponde à noção de população. A biopolítica lida, portanto, com o corpo social. A noção de população configura-se como problema político e, ao mesmo tempo, biológico e científico. Segundo Foucault (1999) a biopolítica designa também uma espécie de tecnologia de poder que investe uma série de técnicas e estratégias na gestão e governo da vida dos indivíduos. Podemos nessa perspectiva afirmar que Foucault compreende por biopolítica.

[...] a maneira como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças.... Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam desde o século XIX e que desafios políticos e econômicos eles vêm constituindo até hoje (Foucault, 2008, p. 431).

Nesta perspectiva, os equipamentos de ginástica da academia ao ar livre implantados nas praças de Fortaleza revelam o surgimento de uma “nova” biopolítica do corpo, da promoção da saúde e qualidade de vida. Assim, a projeção dos usos do espaço público em Fortaleza segue na direção de afirmar esses espaços como lugares de práticas de promoção da saúde. As praças públicas

de Fortaleza que receberam a instalação das academias ao ar livre de uso gratuito possuem dez equipamentos cada uma.

Os equipamentos possibilitam uma variedade de exercícios e execução de mais de vinte movimentos como: alongador, simulador de cavalgada, caminhada e remo, rotação dupla, esqui, surf, pressão de pernas, multi-exercitador e rotação vertical. Os aparelhos funcionam com a utilização do próprio peso do corpo do usuário. O uso dos aparelhos é recomendado para pessoas adultas de qualquer sexo. Observamos que a Prefeitura não disponibilizou nas academias ao ar livre instaladas nas praças profissionais de Educação Física para orientar a população sobre o uso dos equipamentos de modo apropriado.

Também são realizadas atividades esportivas, como aulas de ginástica aeróbica, ministradas por voluntários do Corpo de Bombeiros. É comum os ‘papudinhos’, vindos da farra ao raiar do dia, encontrarem senhoras com bem mais idade e saúde que eles indo para ‘as aulas dos bombeiros’, munidas de seus bastõezinhos. O futebol tem lugar sagrado e cercado. Uma pequena área de areia alva como a lua com velhas mangueiras da Gentilândia ‘plantadas’ em meio do campo. (Holanda, 2015, p. 61)

Podemos compreender que, com a revitalização da praça em 2016, na qual foram instalados o parquinho infantil, a academia ao ar livre e feita a reforma da quadra desportiva deu-se ênfase ao uso da praça em função

do bem-estar em prol de cuidados da saúde da população. A praça como espaço público passa a ser o lugar de práticas de promoção da saúde. Se exercitar na praça parece tornar-se um hábito. É muito comum ver, durante o horário que vai das dezoito às vinte e uma horas, o fluxo intenso de pessoas – adolescentes, jovens, homens e mulheres – praticando atividades físicas, como dança, zumba e outras categorias de exercícios ao ar livre.

Uma compreensão das práticas esportivas e corporais como promoção da saúde parece ter se espalhado pelas praças de Fortaleza. O surgimento e construção dessa realidade em Fortaleza acontece mediante a institucionalização de uma política urbana de intervenção nos espaços públicos de forma sistemática na gestão Roberto Cláudio. As praças localizadas em diferentes Regionais e bairros da cidade são revitalizadas. A requalificação implanta equipamentos de ginástica e, a partir disso, os cidadãos são requisitados por meio dos usos a serem os responsáveis pela construção de um estilo de vida saudável e ativo.

Diante dessa configuração de atores, colocamos as seguintes interpelações: quais as razões ou quais os motivos que os trazem à praça para fazer exercícios? É pela saúde? Para emagrecer? Para sair de casa? Para conhecer pessoas ou outros motivos?

Conforme relatou um jovem de vinte sete anos, arquiteto e morador do Benfica, a sua motivação está na busca pelo “bem-estar físico e por ser um espaço aberto”. Segundo as respostas de uma jovem estudante pratican-

te de caminhada na praça há mais de seis meses, as razões que a motivaram a fazer exercícios na praça foram a saúde e, segundo, para emagrecer. De acordo com as respostas obtidas com a aplicação dos questionários, a principal motivação que faz os jovens praticarem atividades e exercícios físicos na praça é o cuidado com a saúde.

Dos nove entrevistados, seis disseram que praticam atividade física pela saúde e melhor qualidade de vida, e três afirmam que o motivo é para emagrecer e pela beleza. Ademais, um jovem farmacêutico de vinte anos relatou que sua escolha pela praça para praticar atividade física se deu “por causa do limite de gastos com academia”, ou seja, o espaço público não é visto apenas como alternativa frente à promoção da saúde, da estética do corpo e mais, mas uma opção econômica, na qual o praticante não paga e não precisa fazer investimento financeiro. Praticar esporte ou outras atividades corporais livres na praça é gratuito.

O médico grego Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), considerado pai da medicina ocidental, já prescrevia, há mais de dois mil anos, que “caminhar é o melhor remédio para o homem”. Essa recomendação, que podemos classificar como uma espécie de “regra para a saúde” parece ser algo ainda recorrente no discurso da medicina contemporânea (Agus, 2014). As caminhadas são hoje uma das principais formas de atividade física realizada em praças e espaços públicos urbanos.

A caminhada é uma das práticas corporais-esportivas que fazem parte do conjunto de usos da praça João

Gentil no Bairro do Benfica na cidade de Fortaleza. Os caminhantes dão voltas e voltas na praça, num movimento constante que dura cerca de quarenta a cinquenta minutos. Observamos que os jovens costumam caminhar sozinhos, mas, na maioria das vezes, fazem em dupla ou em um grupo de três. As caminhadas na praça evidenciam um processo de interação e sociabilidade que se realiza, tanto antes, como durante quase toda a atividade físico-corporal realizada no espaço da praça. Sua característica é justamente a de permitir ao praticante conversar com outro durante o tempo que caminha.

Na academia ao ar livre é comum encontrar se exercitando nos aparelhos mulheres de diversas idades, bem como os homens. O uso dos aparelhos de ginástica fixados no chão da praça é totalmente livre. Para alguns usuários, a AAL é o local por excelência da praça onde se pode realizar as práticas de exercício corporal. Para outros, ela é um segundo momento dos exercícios. Depois de algumas voltas da caminhada ou da corrida alguns praticantes vão complementar os exercícios nos aparelhos dispostos na geografia da praça.

Considerações finais

As pessoas entrevistadas relataram que as práticas de atividade física em ambientes públicos requalificados e com áreas verdes ao ar livre colaboram efetivamente para a aquisição de um estilo de vida mais saudável. Vimos que percepções de saúde desses interlocutores fazem parte de um conjunto de orientações presentes

em representações sociais produzidas e veiculadas por instituições médicas e políticas de cuidados.

Tem se tornado cada vez mais comum ouvir os seguintes enunciados: “Cuide da sua saúde! Cuide do seu corpo! Cuide da sua alimentação! Evite alimentos calóricos! Faça exercícios físicos regularmente! Mantenha-se ativo em todas as etapas da vida! Procure ter uma boa noite de sono!”. Na contemporaneidade esses discursos encontram-se incorporados de maneira constante nas situações mais elementares da vida cotidiana. Em torno desses discursos, verificamos, sobretudo, o reconhecimento e a legitimidade das representações oriundas do campo do saber médico (Oliveira, 2016).

Essa conceituação expressa a tentativa de estabelecer um conceito universal de saúde, quando, na realidade, podemos constatar sociologicamente que a noção de saúde relaciona-se a um contexto histórico, político, econômico e sociocultural determinado. Portanto, compreende-se que a percepção do fenômeno saúde depende de um conjunto de fatores como território, classe social, gênero e grupo geracional. Dessa forma, a ideia de saúde resulta de uma construção relacional entre indivíduo e sociedade e que se manifesta nos vários campos de representação social da vida: científicas, religiosas, filosóficas (Seliar, 2007). Segundo a fala de um dos sujeitos juvenis, saúde é “estar num estado ótimo, psicológico e físico”. Em outra fala, dessa vez de uma jovem, a saúde é “um conjunto de bem-estar físico-psicológico”. Ambas as percepções evocam a noção de saúde elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que designa o fenômeno

saúde como uma boa condição psíquica da mente e uma perfeita disposição biológica do corpo. Segundo Carlos Batistella (2007) podemos classificar essas percepções em uma abordagem que compreende o conceito de saúde como sinônimo de “completo bem-estar”. Essa abordagem defende, entre outras coisas, a ideia de um conceito de saúde baseado na própria representação subjetiva de bem-estar. Nesses termos, destaca-se a subjetividade como elemento definidor do que seria “ter saúde”.

Giddens (2002) define o fenômeno saúde ou cuidados com a saúde como emergência da política-vida. Uma política do estilo de vida. A política-vida pode ser definida, segundo ele, como uma política de autorrealização ou, ainda, “uma política das decisões da vida” (Giddens, 2002, p. 198). Portanto, a política-vida, neste sentido, refere-se às preocupações com as práticas de saúde, que contemplam os cuidados com a dieta, com a aparência e com o corpo, com o sexo e com as práticas sexuais, com as atividades e exercícios físicos, dentre outras orientações de cuidados.

Nessa perspectiva, destacamos que as praças como lugares de sociabilidade se afirmam também na percepção dos jovens como espaços que contribuem para aquisição e manutenção do “completo bem-estar”. Como alternativa gratuita à prática de atividade física, as praças se configuram como ambientes sociais, nos quais se pode observar a valorização cultural de técnicas do corpo, incorporadas pelos cidadãos como fundamentais à construção de um modo de vida urbano saudável.

Referências

- AGUS, David. **Guia rápido para uma vida longa**. Tradução Andrea Gottlieb. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: BATISTELLA, Carlos. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 51, 2007.
- BARREIRA, Irllys. “Vazios” e “Misturas”: classificações socioespaciais sobre o Centro da Cidade. In: BARREIRA, César.; BARREIRA, Irllys. (Orgs) **Etnografias na Cidade: redes, conflitos e lugares**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2016.
- BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: obras escolhidas**. Local, Brasiliense, 2017.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- HOLANDA, Arlene. **Benfica**. Fortaleza: Secultfor, 2015. (Coleção Pajeú).
- LE BRETON, David. **Elogio del caminar**. Madrid: Ediciones Siruela, 2015.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso dado no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Hermentina Galvão. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1999. (Coleção Tópicos).
- LIMA, Eliomar. **Fortaleza e seus espaços públicos**. <http://blogdoeliomar.com.br/fortaleza-e-seus-espacos-publicos/>. Acesso em: 16 jun. 2017.
- LOPES, Francisco Williams Ribeiro. **A “Requalificação” do Patrimônio**: intervenções, estratégias e práticas na Praça dos Mártires (Passeio Público) de Fortaleza. 2013. 149f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Diego Marafiga de. **Exercitar-se conversando ou treinar focado**: estudo sobre técnicas de si entre participantes de academia ao ar livre e academia de ginástica e musculação em Santa Maria-RS. 2016. 120f. Dissertação (Mestrando em Ciências Sociais) -Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

PEIXOTO, Paulo. Requalificação urbana. In: FORTUNA, Carlos.; LEITE, Rogério Proença. (Orgs). **Plural de Cidade**: léxicos e culturas urbanas. Coimbra: Almedina, p. 41-52, 2009.

PONTE, Sebastião Rogério. Fortaleza Belle Époque: a disciplinarização da pobreza. **Fortaleza**: Fundação Demócrito Rocha, 1993.

PREFEITURA Municipal de Fortaleza. **Prefeitura de Fortaleza irá implantar parques infantis e academias ao ar livre**. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 23 jun 2015. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-ira-implantar-parques-infantis-e-academias-ao-ar-livre>. Acesso em: 6 nov 2017.

PREFEITURA Municipal de Fortaleza. **Prefeitura anuncia para dezembro o início de obras de revitalização da Praça José de Alencar**. Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza, 23 jun 2015. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-anuncia-para-dezembro-o-inicio-de-obras-de-revitalizacao-da-praca-jose-de-alencar>. Acesso em: 10 nov 2017.

PREFEITURA Municipal de Fortaleza. **Prefeitura de Fortaleza promove requalificação das Praças da cidade. Prefeitura de Fortaleza**. Fortaleza, 28 de agosto 2017. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/o-objetivo-e-entregar-a-populacao-espacos-atraentes-que-sejam-utilizados-sobretudo-para-lazer-da-populacao-fortalezense-proporecionando-maior-qualidade-de-vida-no-meio-urbano>. Acesso em: 11 nov 2017.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis: Revista de saúde coletiva, v. 17, p. 29-41, 2007.

Cuidado étnico: o caso do povo Anacé no Ceará

Mônica Simioni

Eliana Aparecida de Paula Silva

João Tadeu de Andrade

1 Introdução

No presente capítulo procuramos refletir sobre a categoria Cuidado étnico, proposta originalmente por Andrade e Sousa em 2012, em relatório de pesquisa sobre o povo Pitaguary, e sua importância para o povo indígena Anacé no Ceará. A discussão é resultado de parte da pesquisa de doutorado em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE) que trata sobre os impactos da remoção de 163 famílias da população indígena Anacé, do seu território tradicional no município de São Gonçalo do Amarante, para a Reserva indígena Taba dos Anacé, em Caucaia no Ceará. A investigação tem caráter etnográfico e se desenvolve em uma linha fronteira entre a Sociologia e a Antropologia. Busca explorar as interfaces socioculturais, considerando as tradições, costumes, crenças, hábitos e valores daquela coletividade, mas envolvendo, principalmente, os sabe-

res ancestrais, a espiritualidade e a medicina tradicional. Para esse objetivo ser atingido, optou-se por utilizar, como instrumento de coleta de dados, a técnica dos grupos focais e a de entrevistas individuais com questões semiestruturadas, realizadas com membros da comunidade estudada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e etnográfica, que teve início em 2018, foi paralisada pela pandemia em 2020 e retomada em 2021.

O processo histórico de lutas e resistências das populações indígenas pelo reconhecimento dos seus direitos e, principalmente, pelo direito à terra é extremamente complexo, longo e abrange diversos atores do sistema político brasileiro, desde agentes públicos municipais até o Supremo Tribunal Federal. A questão da expropriação fundiária envolve violências sofridas em conflitos diretos com proprietários rurais acarretando graves consequências sociais, culturais e políticas para os povos originários.

Um longo processo de devastação física, mental e cultural eliminou amplos grupos e inúmeras etnias indígenas, especialmente através do rompimento histórico entre os indígenas e a terra. A implantação do Complexo Industrial Portuário do Pecém (CIPP) trouxe inúmeros reflexos para a cultura étnica da população Anacé, sua memória, símbolos, rituais, tradicionalidade e a relação com a terra. Nesse contexto, emerge uma figura que cumpre papel fundamental para a preservação da identidade Anacé: a do cuidador étnico.

2 O que é cuidado étnico?

O termo “cuidadores étnicos” designa os indígenas reconhecidos dentro de suas aldeias por terem desenvolvido, ao longo de suas histórias de vida, determinadas qualidades de representação e de zelos culturais. Conforme Barth (2005), um grupo étnico possui uma distinta acepção do senso comum. Os elementos específicos de cultura (como costumes, rituais e valores comuns) podem sofrer grandes variações no tempo ou em decorrência de ajustes adaptativos a um meio ambiente diversificado. O que importa é a manutenção da mesma forma organizacional, determinada por um padrão unificado de interação entre os membros e os não membros daquele grupo. Conforme o pensamento de Barth (1998), há sempre indígenas destacados que conseguem sistematizar, guardar e representar certos aspectos culturais de sua etnia.

O ato de cuidar integra um sistema de cuidados de saúde e não pode ser estudado isoladamente de outros aspectos de qualquer sociedade, em especial sua organização social, religiosa, política e econômica (Benevides e Passo, 2005; Camacho e Santo, 2001). Assim sendo, percebemos a necessidade de uma reflexão teórica que integre o cuidado em saúde em conceitos que permitam dar conta do ser humano e suas subjetividades e complexidades. A visão daquele que cuida tem que ser muito maior, do que aquele que tenta aliviar o sofrimento de alguém. Necessita ter um arcabouço filosófico e de saberes práticos para interagir com aquele que é cuidado.

Autores como Barros (2021) nos apresentam a noção segundo a qual é necessário irmos além do senso comum para melhor entender o que representa o cuidado. Barros acredita que é preciso aumentar os debates sobre a criação de práticas de cuidado que levem os indivíduos a serem autônomos e, assim, se emanciparem.

Dentro da mesma linha de pensamento, Hirata e Debert (2016) apresentam a ideia de que o cuidado vem a partir de uma noção sobre tratar processos, interações e sentimentos entre sujeitos que cuidam e são cuidados. A partir dessa perspectiva, podemos concluir que o cuidado enquanto categoria pode ter vários sentidos e, assim sendo, transita por várias dimensões, cujas fronteiras ainda não conseguimos determinar. Normalmente, o cuidado é definido como o conjunto de práticas e saberes, a maioria das vezes de forma espontânea e direcionada aos membros da família.

Conforme Helman (2009), a antropologia médica ajuda a melhorar a compreensão dos problemas relativos à saúde e à doença em diversos contextos socio-culturais, e a como conviver com todas essas complexas dimensões alcançando a prevenção. O autor em questão considera que a cultura da sociedade na qual a pessoa nasce ou vive não é determinante para infundir crenças e estimular comportamentos. Existem também outros aspectos, como os fatores educacionais, ambientais, individuais e socioeconômicos. A sua contribuição para a compreensão do que é o cuidado se baseia no entendimento das narrativas de cada ser humano que está sob cuidado. É o que torna possível colocar-se na posição do paciente e entender a sua história e sua cultura.

A noção de cuidado desenvolvida pela filósofa e médica Annemarie Mol, no livro “A lógica do cuidado” (2008) é algo provocante e original. A autora mostra que não é, como muitos dizem, o paciente quem escolhe a prática de cuidado que deseja praticar. A partir do exemplo de pessoas portadoras de diabetes tipo 1, que não escolhem ter a doença e todos os cuidados que a doença lhes obriga a ter, ela nos propõe uma nova maneira de cuidar das pessoas, que não lhes transforma em cidadãos ou em consumidores, mas que os reconhece como corpo e alma, que sofrem e que são responsáveis por si e por aquilo que sentem.

Mol propõe uma transformação radical no nosso olhar: cuidar é compreender a vida dos indivíduos, aquilo que eles são capazes ou não de fazer, saber em que contexto eles estão submetidos e sua forma de viver, cultivando o livre arbítrio, se perguntando quais seriam as melhores escolhas e, enfim, se organizando na prática do cuidado. A autora nos dá uma sustentação teórica para pensarmos como o cuidado pode ajudar a preservar uma identidade étnica e fortalecer a caracterização sociocultural de uma comunidade ou população tradicional.

O conceito de cuidadores étnicos, portanto, refere-se aos representantes da guarda da cultura de um povo, que se relaciona de forma dialógica com as curas tradicionais, os saberes ancestrais e as manifestações artísticas e culturais, como o uso de plantas medicinais, o toré e a dança do coco. É a ancestralidade dos povos indígenas que abriga estes cuidados em saúde em suas expressões diferenciadas.

Tais saberes se relacionam com a biomedicina e os serviços sanitários convencionais. Neste contexto, pajés e curadores tradicionais são os principais sujeitos que garantem a preservação destes saberes em saúde, nos diversos grupos étnicos do país. No Ceará tais práticas são encontradas junto a etnias locais. Entre povos e culturas diferenciadas, como os Pitaguary, os usos de ervas medicinais e ritos terapêuticos confirmam esta realidade (Andrade; Sousa, 2012, p. 3).

O cuidado étnico, portanto, reúne os valores e atitudes que são estruturantes para a construção da identidade cultural e que integram o sujeito ao bem-viver e à cosmovisão indígena, incorporando-o ao sistema de saberes baseado na coexistência harmoniosa com a natureza, articulando elementos físicos, mentais, espirituais e emocionais.

3 Os indígenas no Brasil hoje

Conforme o Censo do IBGE em 2010, no Brasil havia pouco mais de 889 mil indígenas pertencentes a 305 etnias. Segundo dados preliminares coletados no último Censo Demográfico 2022¹⁵, essa população chega a mais de 1,6 milhão de pessoas. A maioria dos indígenas (70%) está concentrada em seis estados da região da Amazônia Legal¹⁶: Amazonas, Acre, Roraima, Rondônia, Mato

15 Divulgado em 4 de abril de 2023, disponível em [https://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-brasil/2023/04/brasil-tem-16-milhao-de-indigenas#:~:text=No%20AR%20em%2003%2F04,segunda%2Dfeira%20\(3\)](https://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-brasil/2023/04/brasil-tem-16-milhao-de-indigenas#:~:text=No%20AR%20em%2003%2F04,segunda%2Dfeira%20(3).). Acesso em: 7 de abr. de 2023.

16 Instituída pela Lei n° 1.806/1953, a Amazônia Legal corresponde à área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) delimitada no Art. 2° da Lei Complementar n° 124/2007. A região é composta por 52 municípios de Rondônia, 22 municípios do Acre, 62 do Amazonas, 15 de Roraima,

Grosso e Pará. Segundo o sítio Terras Indígenas no Brasil¹⁷, existem 154 línguas catalogadas, o que configurava uma das maiores diversidades culturais do mundo. De acordo com a plataforma¹⁸, há 732 Terras Indígenas (TI) no Brasil, sendo 43 TIs Identificadas (com relatório de estudo aprovado pela presidência da FUNAI), 74 Declaradas (pelo Ministério da Justiça) e 490 Homologadas e Reservadas (homologadas pela Presidência da República, adquiridas pela União ou doadas por terceiros). Existem ainda 125 processos de identificação em tramitação (que são objeto de estudo por Grupo de Trabalho nomeado pela FUNAI).

O desmatamento e os incêndios florestais são algumas das principais ameaças às Terras Indígenas, assim como a mineração, que é uma atividade altamente impactante e que pode contaminar os cursos d'água, o solo, a fauna e a flora, não sendo permitida em Terras Indígenas. Porém, o setor empresarial faz pressão em contrário junto aos governos representando um risco constante. Segundo informações reunidas pelo Instituto Socioambiental¹⁹, 28,7 milhões de hectares são requeridos atualmente por processos minerários no Brasil, representando 25% da área total de TIs no Brasil. Em 2018, eram 33 os processos questionando as áreas de Terras Indígenas. Em 2022, parte do Parlamento brasileiro representou estes interesses e chegou a apro-

144 do Pará, 16 do Amapá, 139 do Tocantins, 141 do Mato Grosso e 181 municípios do estado do Maranhão. Possui uma superfície aproximada de 5.015.067,749 km² correspondente a cerca de 58,9% do território brasileiro.

17 Disponível em <https://terrasindigenas.org.br/>. Acesso em: 7 de abril de 2023.

18 Idem.

19 Ibidem.

var medidas que ameaçavam a legislação em defesa do direito indígena à terra. O projeto mais conhecido é a Proposta de Emenda Constitucional 215/2000, que transfere do Executivo para o Congresso Nacional a competência sobre a aprovação de demarcações de terras indígenas e quilombolas. A proposta já foi aprovada em comissão especial e está aguardando para entrar na pauta do plenário da Câmara dos Deputados²⁰.

A população indígena que enfrenta a situação mais grave é a da Terra Yanomami, denunciada diversas vezes nos últimos anos. A “tragédia humanitária” é marcada por garimpo ilegal, violência sexual de mulheres e crianças, ameaças de morte e desestruturação dos postos de saúde. Segundo dados do relatório “Yanomami sob Ataque”, do Instituto Socioambiental (ISA), até abril de 2022, havia 4 mil hectares impactados pelo garimpo ilegal dentro da Terra Indígena e mais de 40 pistas de vôo clandestinas a serviço de garimpeiros e narcotraficantes.

Em janeiro de 2023, o Ministério da Saúde decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) na Terra Indígena Yanomami, localizada no oeste de Roraima e norte do Amazonas. Segundo informações da Agência Brasil²¹, até o dia 20/02/2023 foram realizados mais de 5 mil atendimentos médicos à população. O Ministério da Saúde informa ter enviado, des-

20 Informações do portal da Câmara dos Deputados. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562> (acesso em: 15 maio 2021).

21 Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-02/yanomami-mais-de-5-mil-atendimentos-medicos-foram-feitos-em-um-mes>. Acesso em: 6 de abr. 2023.

de o início da situação de emergência, 103 profissionais da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) os quais realizaram, até o dia 20/02/2023, mais de 5 mil atendimentos médicos à população. Foram entregues 5,5 mil cestas de alimentos em caráter emergencial.

Segundo a Convenção n^o 169/1989 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil em 2002, o direito indígena se aplica aos povos que descendem de povos da mesma região geográfica que viviam na época da conquista ou no período da colonização e de conservarem suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas. Da mesma forma, aplicam-se também a populações cujas condições sociais, culturais e econômicas as distinguem de outros segmentos da população nacional. Mas o critério fundamental é a autoidentificação como indígena, um critério subjetivo, porém elementar para a definição dos povos sujeitos da Convenção. Na prática, isso significa que nenhum Estado ou grupo social tem o direito de negar a identidade a um povo indígena que como tal ele próprio se reconheça (OIT, 2012: p. 8).

O processo subjetivo de autoidentificação baseia-se em todo arcabouço cultural indígena, na conformação do indivíduo enquanto sujeito diferenciado, com hábitos, costumes e linguagem ancestrais, herdeiro de uma tradicionalidade que se relaciona com os saberes daquele grupo, que perpassa a produção artística (artesanatos e cerâmicas), o cultivo de plantas, a alimentação, a medicina, o cuidado com parentes, a memória e as narrativas, sua relação com a natureza e a terra, pinturas

corporais, as festas, canções e danças, os rituais, a espiritualidade e os inúmeros saberes, transferidos de geração em geração ao longo dos anos. Apesar de representarem genuinamente a mais ampla diversidade cultural do país e terem sido, muitas vezes, reconhecidos formalmente como patrimônio imaterial dos povos indígenas, todo este arcabouço cultural vem sendo desrespeitado no Brasil nos últimos anos e vive a ameaça real de descaracterização, não podendo mais ser recuperado.

O Brasil é formado por uma convergência de grupos populacionais oriundos de três continentes, portadores de grande diversidade cultural interna, sendo todos estes povos formados por grupos de tradição oral.

[...] suas histórias constam não de códigos escritos, mas sim de uma memória apreendida, exercida e reelaborada coletivamente. O processo de conquista e colonização estabeleceu entre esses três grupos uma relação assimétrica de poder. A verdade se tornou monopólio dos grupos de origem europeia, expressando-se por meio da escrita. Apesar de todas transformações ocorridas na sociedade brasileira, nota-se a persistência de traços do pensamento colonial quando se continua a atribuir status de verdade somente a documentos escritos, em detrimento da tradição oral (Oliveira, 2012, p. 152).

É histórico o processo de violência contra as populações indígenas no Brasil. Ele tem origem junto aos missionários jesuítas que exerciam o poder de controle colonial, avançando pelo território criando núcleos básicos de produção econômica com a finalidade de exporta-

ção, controle territorial e populacional a partir do século XVI. Os colonizadores condenavam os valores morais, rituais e crenças dos povos originários, conduzindo-os à força para a religião católica, decretando sua submissão à coroa portuguesa. Fruto desta relação, surgiram os “índios aliados”, que receberam doações de terras e títulos de nobreza. Além disso, alguns povos que resistiram tinham que enfrentar as expedições bandeirantes vindas de São Paulo, que desempenharam importante papel no processo de consolidação da hegemonia portuguesa dizimando populações inteiras. A posse indígena de terras se deu também pela importância da ocupação e povoamento do território lusitano para proteger as faixas litorâneas (Lima, 2018, p. 17)

A partir da Lei de Terras, assinada pelo imperador dom Pedro II em 18 de setembro de 1850, o país optou oficialmente por ter a zona rural dividida em latifúndios, e não em pequenas propriedades²², abrindo espaço para o questionamento da posse indígena sobre terras. Com o interesse de fazendeiros pelas terras tradicionalmente ocupadas, muitas delas foram identificadas como “terras devolutas”, podendo então serem classificadas como terras públicas disponíveis que aparentemente não teriam recebido os devidos investimentos em cultivo e povoamento. Sendo assim, estas terras tiveram sua posse devolvida ao Poder Público.

²² Agência Senado. “Há 170 anos, Lei de Terras oficializou opção do Brasil pelos latifúndios”. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-170-anos-lei-de-terras-desprezou-camponeses-e-oficializou-apoio-do-brasil-aos-latifundios#:~:text=Em%2018%20de%20setembro%20de,e%20n%C3%A3o%20em%20pequenas%20propriedades>. Acesso em: 5 abr. de 2023.

À época, o silenciamento étnico foi reforçado por um Relatório de Assembleia Provincial no Ceará, datado de 1863, que declarou não existir no estado índios aldeados ou bravos. Segundo o documento, uma parte deles teria sido dizimada e outra parte teria migrado ou se descaracterizado. A contundente afirmação teve consequências simbólicas graves e serviu de base para a construção de uma realidade fictícia de que não há indígenas no estado. Conforme Antunes (2012), “(...) No âmbito local, o século XIX foi marcado pelo aumento do assédio das terras indígenas por parte da elite, que ocupava cargos públicos, intensificando a legalização da espoliação” (p. 11).

4 O povo Anacé

Durante décadas as populações indígenas cearenses resistiram contra o desaparecimento. Foi somente na década de 1970 que os povos Tapeba e Tremembé iniciaram um processo de organização do movimento indígena no estado, com vistas à reivindicação da posse permanente da terra de seus antepassados. Para isso, contaram com apoio da Igreja Católica, por meio das pastorais sociais, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a Arquidiocese de Fortaleza, ONGs, como a Missão Tremembé e as universidades.

Na década de 1990, centenas de famílias foram desapropriadas nos municípios de São Gonçalo do Amarante e de Caucaia, a oeste do Ceará, para fins de instalação das primeiras indústrias integrantes do Complexo Industrial e Portuário do Pecém, sendo algumas alojadas

nos assentamentos Novo Torém, Forquilha e Monguba. Nesse período, diversas organizações civis e religiosas de Fortaleza, dentre elas a Pastoral do Migrante, atuavam na região prestando apoio às famílias atingidas. E então os Anacé saíram do silêncio.

O movimento de resistência diante das desapropriações e remoções de famílias possibilitou que, no processo de luta, muitas delas comessem a recontar algumas histórias. Histórias que os pais e avós haviam lhes contado, mas que, pelo medo, foram sendo enterradas na memória. Histórias dos encantados, das danças, dos rituais, das curas, dos massacres, das resistências foram sendo percebidas como comuns ao grupo. (Nóbrega, 2020, p. 4)

O Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP), que ocupa uma grande área de 13.337 hectares e foi inaugurado em março de 2002, com o objetivo de inserir o Ceará na rota comercial internacional. O CIPP possui um plano diretor que divide a região em quatro setores. O primeiro é destinado às termelétricas e à Companhia Siderúrgica do Pecém (CSP); o segundo à refinaria e ao polo petroquímico; o terceiro, à área industrial; e o quarto é a área institucional, serviços e Zona Portuária de Exportação (ZPE).

No caso dos Anacé de São Gonçalo do Amarante, o processo de remoção envolveu centenas de famílias, sendo algumas alojadas em assentamentos de Novo Torém, em Forquilha e Monguba. Naquele momento, como forma de resistência, teve início um processo de

resgate da sua memória identitária e etnográfica, diversas famílias iniciaram a recontar histórias contadas por seus pais e avós, mas que, por medo, haviam sido sacrificadas ao silêncio. Esse doloroso processo integrou a ressignificação identitária do povo Anacé, desnaturalizando a condição de mistura e propondo uma nova atualização histórica, reforçando a resolução simbólica e coletiva de se redescobrir:

Valendo-se do direito à autoidentificação, [...] os Anacé se afirmam enquanto grupo diferenciado ao tempo em que se articulam com o movimento indígena no Estado do Ceará. A consciência de que constituem um povo indígena parte das relações peculiares que eles tecem com o território que habitam; de uma memória coletiva que os conecta com a população indígena ali presente nos séculos passados; dos ritos e tradições reconhecidos por eles como indígenas; e de uma matriz simbólica peculiar: a 'corrente dos encantados' (Brissac; Nóbrega, 2010, p. 3).

A luta do povo Anacé por seus direitos indígenas é também marcada por disputas de narrativas simbólicas com o Estado do Ceará, principalmente no que tange ao sentido de desenvolvimento, numa clara campanha agressiva pela sua desmoralização. Em 2010, a revista *Veja* publicou reportagem acusando as lideranças de serem “macumbeiros” e “oportunistas”. Dessa forma, os indígenas precisaram aprender a traduzir suas experiências do particular para o geral, do pessoal para o institucional, mobilizando atores e instituições, o que os possibilitou entrar, de vez, na cena pública.

5 O cuidado étnico da etnia Anacé

A relação conflituosa com o megaempreendimento exigiu uma atuação mais intensa por estes cuidadores étnicos a fim de garantir a preservação da identidade, da cultura e da memória indígena Anacé. Isso se deu em um contexto, muitas vezes, de disputa com outros potenciais “formadores” ou construtores culturais, como igrejas cristãs, por exemplo, que procuram delinear novos hábitos, comportamentos, rituais e ideologias em seus seguidores em detrimento da tradicionalidade indígena.

Ao ser entrevistado para a pesquisa doutoral, Junior Anacé, uma das principais lideranças da Reserva Indígena Taba dos Anacé, avaliou a importância do cuidado para o povo Anacé: “Nós, indígenas, somos a natureza. E quando a gente se encontra como parte da natureza, a gente passa a ter um cuidado maior ainda. A gente cuida da terra, das matas, dos animais e do outro indígena. E isso a gente aprende no berço de casa”²³. Junior destaca a importância das memórias do seu povo, considerando-as transformadoras:

[...] Na década de 90, quando a gente iniciou a reivindicar de forma mais firme nossos direitos indígenas sobre o nosso território, eu ouvia muitas histórias dos mais velhos, fantásticas histórias, que me ajudaram a crescer, a ser uma pessoa melhor, uma pessoa diferente [...]. Eu sou bisneto de uma cuidadora tradicional, que era a Mãe Firmino, que era partei-

²³ Entrevista à pesquisadora Mônica Simioni realizada em 25 de junho de 2022, no alpendre de sua residência na Reserva Indígena Taba dos Anacé.

ra, cachimbeira, rezadeira e mezenheira. Ela era uma cuidadora nata. [...] O meu pai era um cuidador da mãe terra. Numa plantação ele cuidava daquele espaço para plantar sem degradar toda a terra. Ele separava a área e calculava tantas covas de feijão, tantas de milho, tantas de mandioca, que era o suficiente pra nós comer. E esse cuidado do meu pai vinha dessa avó. A minha mãe tira da planta e da raiz, da semente, da folha, das cascas, um lambedor, uma garrafada, um chá que serve pra curar. (...) Na nossa etnia existe muito isso. Nós preservamos muito esses cuidados.²⁴

A cultura indígena, a partir da visão de Geertz (2008, p. 177), percorre trilhas de adequações objetivas e subjetivas manifestadas em diversas interfaces como formas culturais, encarnadas em rituais, festas, objetos cerimoniais, hábitos cotidianos e que, ainda que sujeitas a mudanças, constituem emblemas étnicos (Bourdieu, 1989) perante indivíduos que demandam sua presença tradicional. Esses emblemas étnicos enunciam sentimentos de pertença amalgamados a necessidades diversas presentes nas aldeias indígenas. Tal entendimento teórico ganha confirmação no rico depoimento de Junior, evidenciando a materialidade do cuidado e sua manifestação enquanto emblema étnico.

Analisar a problemática que envolve o cuidado étnico é um desafio teórico e prático que perpassa a descolonização das ideias, a ontologia do conhecimento e a construção de agendas sociais e humanas. Assim como os saberes ancestrais indígenas e a medicina tradicio-

²⁴ Idem.

nal, podem nos ensinar muito sobre o que é uma sociedade baseada no bem viver (Acosta, 2016) e na cosmovisão que, conforme Barreto (2021) e Castro (2019), permite a oxigenação dos saberes e das sabedorias. Isto permite uma compreensão de que é necessário, e mesmo urgente, reescrever a história do Brasil por meio de uma nova ontologia, baseada nos pressupostos indígenas sobre humanidade e condições materiais e espirituais de todas as espécies existentes no planeta. E concluímos que o outro de quem tanto falamos se trata, na realidade, de nós mesmos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.

AIRES, M. M. P. **Os Anacés e a Refinaria Premium II**: mobilizações étnicas e grandes projetos de desenvolvimento 2010 (Trabalho não publicado).

ANDRADE, J. T. SOUSA, C. K. S.; MONTEIRO, L.C.S. **Cuidadores étnicos**: uma trajetória etnobiográfica entre os Pitaguary no Ceará. (Relatório técnico/CNPQ). Fortaleza: GEPE/MAPPS/UECE, 2015.

ANDRADE, J. T.; SOUSA, C. K. S. **Índios Pitaguary**: Práticas terapêuticas, crenças religiosas e curas tradicionais. In: 28ª Reunião Brasileira de Antropologia, São Paulo. Anais [...] da, 2 a 5 de julho de 2012.

ANTUNES, T. de O. **1863**: o ano em que um decreto – que nunca existiu – extinguiu uma população indígena que nunca deixou de existir. **Aedos** - Rio Grande do Sul, n. 10 vol. 4 – Jan/Jul 2012.

BARTH, F. Etnicidade e o conceito de cultura. **Antropolítica** - Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência. n. 1 (2. sem. 95). – Niterói: EDUFF, 1995.

BARTH, F. **Grupos étnicos e suas fronteiras**. Câmara Brasileira do Livro de São Paulo, Brasil. UNESP, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra / 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. – 8ª ed. – São Paulo: Perspectiva, 2015.

BRANDÃO, C. R. **Identidade e etnia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

BRISSAC, S. G. T. A etnia Anacé e o Complexo Industrial e Portuário do Pecém. Parecer Técnico N° 01/08. **Ministério Público Federal**, Fortaleza: 2008.

BRISSAC, S. G. T. Os embates da questão anacé: a atuação da antropologia na efetivação de direitos territoriais indígenas no Ceará. In: PACHECO, J. O.; MOURA, F.; SILVA, A. B. **Laudos antropológicos em perspectivas**. Universidade de Brasília: ABA, 2015.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. – 1. ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença** / Cecil G. Helman; tradução Ane Rose Bolner. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIRATA, H. **O trabalho de cuidado**. In: O trabalho emocional e o trabalho de cuidado. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo, SP: Fundacentro, 2014, p. 27-55.

HIRATA, H. Apresentação. **Cadernos Pagu** (Dossiê gênero e cuidado), Campinas, v. 7, n. 15, 2016, p. 7-15.

HIRATA, H. S.; BORGEAUD-GARCIANDÍA, N. **Tato e Tabu**: a sexualidade e as emoções no trabalho de cuidado. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. **O Gênero do Cuidado: Desigualdades, significações e identidades**. Cotia, São Paulo: Ateliê Editorial, 2020.

MOL A. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. New York: Routledge; 2008.

NÓBREGA, L. N. O povo indígena Anacé e o Complexo Industrial e Portuário do Pecém no Ceará: desenvolvimento e resistências no contexto da barbárie por vir. **Revista de Ciências Sociais** – Fortaleza, v.51, n. 2, jul./out. 2020, p. 165-211.

NÓBREGA, L. N. “É nosso papel relevantar a aldeia”: Reflexões sobre corpos, territórios e encantaria nas retomadas Anacé”. In: 44º Encontro Anual da Anpocs, *on line*, **Anais** [...] da, 01 a 11 de dezembro de 2020.

SOUZA, Â. M. M. de; NOGUEIRA, J. C. da S.; NOGUEIRA, L. P. **A “desterritorialização” da nação Anacé de Matões sob o olhar dos**

mais velhos. Monografia. Programa de Apoio à Formação Superior de professores indígenas – PROLIND. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016, 98 f.

OLIVEIRA, J. P. Os instrumentos de bordo – Expectativas e possibilidades do trabalho do antropólogo em laudos periciais. **Revista Ñanduty**, Dourados, Vol. 1 – N. 1, julho a dezembro de 2012.

SOUZA, R. M. **Tabas, roças e lugares de encanto:** construção e reconstrução Anacé em Matões, Caucaia, CE. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2019.

Raízes e vivências ancestrais: saúde, terra e alimentação pelos povos originários

Zulmira Áurea Cruz Bomfim
Nara Maria Forte Diogo Rocha
Andie de Castro Lima

1 Introdução

Este capítulo parte da experiência de construir e ministrar um curso de extensão envolvendo a graduação indígena KUABA²⁵ e o curso de Psicologia, ambos da Universidade Federal do Ceará. *Kuaba*, que significa, em Tupi-Nheengatu, *lugar de saber*, acolheu a proposta do curso de Psicologia, que, no desejo de se aproximar dos povos originários e com eles aprender, organiza o projeto Ancestralidades desde 2020, buscando fomentar a transmissão do conhecimento desses povos a partir das necessidades deles. O projeto funciona de modo virtual, reunindo diferentes etnias do Ceará em diálogo sobre suas lutas e conquistas para continuar vivendo e defendendo espaços verdes, de afeto e de vida onde se encontram nossos ancestrais.

25 Dedicamos este capítulo à memória da professora Denise Vasconcelos do curso de Psicologia da UFC/Sobral e da graduação KUABA, Vice-coordenadora do Ancestralidades que nos introduziu neste grupo e que colaborou conosco durante o ano de 2020 e 2021. Infelizmente partiu precocemente em 2022 deixando seu encanto.

Com intuito de acolher os povos indígenas de diversas etnias em um momento desafiante durante a pandemia e o isolamento social, o projeto Ancestralidades constituiu-se como um espaço de extensão universitária que acolheu as demandas e necessidades dessas diversas etnias cearenses durante dois anos, proporcionando um diálogo de saberes entre estudantes, professores, lideranças indígenas e comunidade de forma virtual. O espaço virtual apresentou-se como um lugar seguro para essas trocas de saberes ao transformar um espaço virtual em um *lugar* (Tuan, 1983), que, estando além da dimensão geográfica, proporcionou *bons encontros*²⁶ de identificação e de trocas de saberes entre indígenas, professores e alunos.

Dentre as diversas temáticas compartilhadas durante os encontros que aconteceram quinzenalmente aos sábados de 2020 a 2022, destacou-se o compartilhar de experiências dos povos indígenas relacionadas com a terra, com a agricultura familiar, com os alimentos e com seus modos de preparo como parte da cultura e do modo de vida indígena. Essas experiências foram, em geral, compartilhadas a partir de conhecimentos oriundos do cotidiano da vida destes povos, trazendo uma partilha interna e externa às etnias envolvidas, assim como a troca de saberes com os não indígenas que participaram do projeto. Momentos ricos de partilha de sentimentos, emoções e vivências neste espaço universitário suscitaram a necessidade de aprofundamento

²⁶ Os bons encontros, segundo Spinoza (2005), são aqueles que potencializam nossa ação e nosso *conatus* – a força de perseverar na existência.

da alimentação e nutrição como parte da expressão da saúde e da vida cotidiana desses povos.

Além disso, as reflexões pautadas no princípio biocêntrico e na filosofia do bem viver levaram à criação do curso de extensão “Saberes e Sabores da Terra”, que foi elaborado partindo da necessidade dos povos indígenas em difundir seus modos de vida e cultura, tendo em vista a valorização da agricultura como um modo de cuidado da terra e do preparo de alimentos tradicionais. Os professores e os alunos não indígenas por sua vez encantaram-se com a possibilidade de aprender novas formas de relação com a terra e com o universo vivo, a partir de uma cultura que mantivesse acesa seus modos de produção de saúde.

A partir dessas experiências, apontamos que a alimentação é exemplar para explicitarmos a complexa interação entre o cultural e o biológico no ser humano. Os modos de cultivo e preparo dos alimentos acompanham a caminhada da espécie humana no planeta apresentando diversidade tecnológica e metafórica. Nossa vida pode ser doce, verdades podem ser amargas (Barcellos, 2017): o aspecto simbólico da alimentação é forjado nas histórias e memórias que embalam preparos e momentos compartilhados. A alimentação é, sobretudo, vínculo e pode traduzir-se em fortalecimento e promoção de saúde. Para isso, é preciso refletir de modo amplo sobre nossa relação com a terra.

Assim, orientamos a discussão para a problemática da alimentação no Brasil tratando o *comer* como um fe-

nômeno multidimensional – biológico, psicológico e social. Como argumento principal, sustentamos que a alimentação enquanto fenômeno multidimensional precisa ser abordada em todas as suas dimensões, não se restringindo somente à ingestão e à absorção de nutrientes (dimensão biológica), mas dando conta também das dinâmicas sociais que promovem o acesso à alimentação (dimensão social) e os sentimentos, emoções e representações que envolvem o *comer* (dimensão psicológica).

Observamos que a alimentação continua a ser algo estritamente relacionado a questões biológicas, como o acesso a determinados itens e a suas qualidades sanitárias, desvinculando o *comer* de marcadores culturais (as relações entre os alimentos e características étnico-culturais dos povos tradicionais), sociais (formas de acessar os alimentos e as dinâmicas de poder imbricadas nesse acesso) e psicológicas (percepções, vivências e manifestações subjetivas com o *comer*).

A exemplo, o prefeito da cidade de São Paulo, João Doria (do Partido Social Democrata Brasileiro – PSDB), lançou uma iniciativa atípica em 2017: o Programa Alimento Para Todos, que consistia em parte da Política Municipal de Erradicação da Fome. O Programa orientava-se à produção e à distribuição de um artigo alimentício para famílias socioeconomicamente vulneráveis.

O tal “composto nutricional”, apelidado de “alimento”, caracterizava-se como um granulado feito com materiais obtidos a partir de itens comestíveis retirados de circulação comercial por encontrarem-se em data

próxima ao seu vencimento. Muitas classes profissionais, por meio de seus conselhos, organizações da sociedade civil e demais iniciativas coletivas manifestaram reprovação à ação comparando o *allimento* a uma “ração humana”²⁷. Tais levantes logo fizeram com que o projeto fosse interrompido.

Ainda que o projeto tenha sido interrompido, tal fato levanta a urgência em abordar a multidimensionalidade do *comer* (suas implicações biológicas, sociais, culturais e psicológicas), indo além da ideia de uma alimentação como mero suprimento de necessidades nutricionais básicas.

Com base no exposto, torna-se importante que os profissionais se direcionem para além da percepção imediata do *comer* como ponto de partida da análise do fenômeno, abrindo espaço para outras categorias de análise. Como forma de ressaltar tal orientação, consideramos necessário abordar os cinco princípios que norteiam a elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014, p. 23, grifo das autoras):

- I. Alimentação é mais que ingestão de nutrientes;**
- II. Recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo;
- III. Alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável;
- IV. Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares;

²⁷ “Dória: ração humana ou alimento?”, disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/doria-racao-ou-alimento>. Acesso em 26 jul. 2022.

V. Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares.

Desse modo, abordamos neste capítulo a relação entre saúde e alimentação entendendo o processo de nutrição humana como um processo cultural, atravessado por processos históricos e sociais que vão moldar as experiências individuais e coletivas a serem vividas de modo único por cada ser. A seguir, discutiremos como os povos indígenas nos convidam ao deslocamento de um olhar antropocêntrico para um referencial biocêntrico, impactando diretamente na forma de viver a saúde e os possíveis desdobramentos para uma vida saudável e curativa.

2 Nutrição e afeto na caminhada humana

Em psicologia, partimos da referência da mediação cultural como fundamental para o entendimento das nossas possibilidades de desenvolvimento e mesmo da constituição do ser humano como tal (Vigotski, 1982). Com base nisso, destacamos o papel da alimentação como parte da nutrição e da vinculação afetiva desde o início da nossa vida. Neste sentido, nossa constituição singular antecede o nascimento a partir das histórias familiares, culturais e sociais da humanidade.

Há uma relação intrínseca entre o processo civilizatório e o cultivo da terra. A agricultura surgiu há cerca de 12 mil anos, desenvolvendo, em torno dela, instrumentos para o preparo da terra e a observação dos astros, possibilitando ao ser humano a fixação em um território e

também a diversificação de suas atividades. Então, essa prática esteve presente no berço da humanidade em si, forjando suas capacidades biológicas e sociais.

Cada indivíduo nasce em um tempo e em um lugar que apresenta as marcas desse processo de caminhada humana. No início da vida, muitos dos cuidados recebidos e da atenção dispensada aos pequenos têm a ver com a alimentação. Diversos pensadores e pesquisadores da área do desenvolvimento humano (Bolwby, 2002; Winnicott, 1982) partem da díade mãe-bebê como fundante do psiquismo humano, tendo como metáfora o leite materno para a vinculação inaugural dos seus afetos.

Nesse processo, o vínculo amoroso é fundamental para o desenvolvimento do ser humano. A partir das primeiras experiências, padrões relacionais de vinculação afetiva, bem como a consciência de si, do outro e do mundo, vão sendo construídos. Desse modo, o mundo pode parecer ameaçador e inóspito, levando a dificuldades de relacionamento ou pode ser sentido como favorável e amoroso, trazendo sentimentos de abertura e confiança.

Outros autores (Vigotski, 1982; Bronfenbrenner, 1982) abordam a rede mais ampla na qual as relações da díade mãe-bebê acontecem. Não destituindo a importância dos anteriores, enfocam as significações construídas socialmente que impregnam de sentido os cuidados, bem como as condições materiais concretas de possibilidade da qualidade de vínculo a se estabelecer. Com isso, afirma-se que a dupla formada por quem chega à vida e quem cuida mais diretamente desse

processo de chegada precisa de uma série de cuidados, artefatos e tecnologias para que as possibilidades de desenvolvimento aconteçam de modo pleno.

Já dizia o conhecido ditado africano: “é preciso uma aldeia para criar uma criança”. Sabendo dos impactos das primeiras experiências, precisamos traduzir em políticas de cuidado o apoio necessário. Estas definições dizem respeito à vida coletiva e precisam da discussão daquilo que valorizamos, dos rumos que desejamos para o desenvolvimento pessoal e coletivo.

A partir da experiência compartilhada pelos povos indígenas, percebemos ser importante incluir um mediador muito importante: a natureza. Em nossas escolhas cotidianas, onde incluímos a natureza? Onde ela é priorizada, respeitada e cultivada? A natureza poderia ser também vista como um outro com o qual se dialoga para que se atinja o bem-estar – que a Psicologia e as demais áreas do campo de saúde e humanidades podem traduzir como saúde mental. Diversos estudos internacionais apontam o que os povos originários já carregam consigo: em termos de desenvolvimento infantil, é importante estar na natureza e ter tempo ao ar livre.

Essa importância tornou-se ainda mais evidente por conta das situações de isolamento e distanciamento social ocorridas durante a pandemia de Covid-19. Os estudos brasileiros sobre a conexão das crianças urbanas com a natureza são incipientes, mesmo após a pandemia de Covid-19, sendo mais evidentes as dificuldades impostas pelo isolamento social em termos econômicos

e no âmbito familiar. Almeida *et al.* (2020) recomendam, para o bem-estar das crianças brasileiras durante a pandemia, o acesso à natureza, ou mesmo a presença de áreas verdes em casa. As áreas verdes parecem ser mais acessíveis às crianças que estão nas escolas onde as preocupações com a cognição, como o desconhecimento dos ciclos naturais estão mediando o contato com a natureza (Barros, 2018; Pessôa; Bastos; Padilha, 2021).

O contato com a natureza é regulador da saúde mental, prevenindo distúrbios, e tem impactos na redução do *stress* (Ventriglio *et al.* 2021; Lecic-Tosevski, 2019). Contudo, não se trata apenas de valorizar a vida rural ou o verde urbano de modo romântico: é preciso apoio às causas ecológicas. A importância de espaços verdes de qualidade nas áreas urbanas tem a ver com as questões climáticas e com o ambiente como parte do bem-estar psicológico (McNunn, 2020; Ahmadpoor; Shahab, 2021). Além disso, o sentimento de bem-estar subjetivo (Giacomoni, 2004) e a conexão com a natureza são considerados como atitudes importantes na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas. É importante também destacar a continuidade e a manutenção de uma relação afetiva, de um vínculo com a natureza (Friedman *et al.*, 2022).

No tocante às questões ambientais, estamos em um momento em que o Brasil volta a figurar no mapa da fome mundial, e isso tem a ver com as escolhas agropecuárias realizadas institucionalmente (Melito, 2020; Almeida, 2022). Parece óbvio afirmar que a alimentação saudável é importante para o desenvolvimento humano, o que inclui a saúde física e mental (Manhães; Cunha,

2020), porém, diante do que temos vivenciado no Brasil, compreendemos que algumas verdades comuns a todos os seres humanos podem estar sob esquecimento.

Os fatos elencados nos levam a abordar as questões interculturais com relação aos povos indígenas e sua relevância para pensarmos o modelo civilizatório dominante na contemporaneidade. É possível, por exemplo, pensar que a saúde indígena é diferente da saúde dos outros povos – e ela é. As práticas de saúde dos povos originários exigem um cuidado específico, o respeito à sua medicina e aos seus modos de viver. Mesmo com todo o conhecimento construído, os povos indígenas, por terem seus modos de vida constantemente ameaçados e desorganizados pelo avanço do capital, sofrem maiores impactos em termos de saúde. Como lidar com o transitar entre mundos tão diferentes? Os povos originários no Ceará têm muito a ensinar nesse sentido.

3 Povos originários e a conexão com a terra, com a vida e com o bem viver

A alimentação também está no centro dos processos de colonização: é por tempero que se cruzou os mares, é em busca dos recursos da natureza e por se ver a natureza não como esse outro, como essa mãe, mas como um recurso, que o ser humano subjugou seus semelhantes e não viu neles a humanidade. Essa quebra é um trauma presente na ruptura dos modos de vida dos povos originários que tiveram que refazer seus percursos de desenvolvimento encontrando forças naquilo que foi renegado no processo de colonização: a natureza como mãe.

A vivência cotidiana do planeta Terra como um grande organismo vivo em que todos os seres estão vinculados por uma grande teia da vida, compreendida com princípio biocêntrico (Toro, 2002), está presente em várias práticas do plantio à colheita e no cuidado com a terra dos povos originários. A relação íntima com a Mãe Terra tem sua origem no modo de vida presente em várias gerações em que passado, presente e futuro mesclam-se em dimensões de uma mesma realidade. Mãe Terra, ancestralidade e modos de vida retratam a importância da cultura de comunhão com a totalidade dos seres vivos, na qual não há a primazia do humano sobre os outros seres.

Rodolfo Kusch (1999) aborda a necessidade de compreender uma *América profunda* partindo de uma ancestralidade latino-americana. O caminho da ancestralidade é, para o autor, a forma de compreensão de um modo de viver, pois a ruptura com a ancestralidade é fator de adoecimento e de não continuidade em relação à Mãe Terra, impactando em sua destruição, insustentabilidade e morte.

A filosofia do bem viver dos povos originários se constitui uma forma de (re)existência ético-política (Feitosa; Bomfim, 2020) em contraposição à ascensão do modo de vida ocidental que rompe com esta sabedoria milenar que promove saúde, qualidade de vida e conexão com a natureza – traduzidas pela partilha com a Mãe Terra ou *Pachamama*. *Bem viver* é a tradução do conceito andino de *Suma Qamaña* ou *Sumak Kawsay*

(nas línguas Aymara e Kechwa, respectivamente) e significa a expressão de conhecimento e saberes dos povos indígenas, que se caracteriza pela afirmação política e pela possibilidade de outros modos de vida próximos à natureza (Lacerda; Feitosa, 2015).

Essa filosofia distancia-se de uma primazia da racionalidade sobre a vida afetiva e contrapõe-se à concepção cartesiana ao distanciar-se da disseminação do projeto de hegemonia eurocêntrica (Quijano, 2010), que impõe um modo de viver ocidental (europeu e norte-americano). O conceito de bem viver ressurge como uma proposta decolonial (Céspedes, 2010), de reconexão com a ancestralidade e de produção de modos de viver solidários, éticos e sustentáveis. Isso implica o uso consciente dos recursos; o cuidado consigo, com o outro e com natureza e a postura máxima de promoção da vida em sua totalidade, o que abrange a multidimensionalidade da saúde.

Os modos de cuidado com a terra foram e continuam sendo historicamente pensados sem o diálogo com os povos originários e com os povos tradicionais. A exemplo, Nego Bispo (Santos, 2015) descreve o processo de implantação de uma universidade no Piauí, que impôs outros ritmos e formas de relação com a terra aos quilombolas que lá habitavam nos anos 1980. Contudo, há resistência. Essa resistência é vista a perdurar na preferência por alimentos, no amor pelas festividades e por modos de relação mais respeitosos e promotores de saúde como expressão da (re)existência ético-política.

Outro exemplo é relatado por Souza (2018) em sua dissertação de mestrado desenvolvida com o povo Guarani, na qual trata da relação dos Guarani com a alimentação e cita o caso de um homem que tinha acabado de ter um filho e sentiu-se mal ao ingerir determinados tipos de comida fora da aldeia. A vítima teve a sensação de estar ficando louca. Ao buscar ajuda com parentes próximos, seu problema foi diagnosticado a partir da relação com a alimentação. Tal caso evidencia que para esses povos, assim como para as diversas etnias no Ceará, é preciso preservar a terra como forma de prover alimento e cura.

Em diferentes culturas, temos a relação entre alimentação e saúde sustentada numa correspondência entre nossos corpos, os alimentos e o cosmo. O *Ayurveda* indiano, por exemplo, une a saúde física e a emocional tendo a alimentação como um dos elementos a equilibrar. Os povos originários do Ceará, no seu respeito à terra no cultivo e na relação com os alimentos, bem como em suas práticas culturais em torno dos seus preparos, apresentam especificidades quanto à cada etnia, tendo, porém, muitos aspectos em comum que se fortalecem no diálogo promovido pelo projeto Ancestralidades.

Considerações finais

Nós, que vivemos a perda dessas raízes, ensaiamos neste diálogo o pensar na desconexão com nossos ancestrais, tratando também das consequências desse processo. Nesse exercício, encontramos também a nós

mesmas, visto que também sofremos com essa desconexão. Revivemos a necessidade que está enraizada na nossa história, com a qual buscamos conexão.

Diversos estudos internacionais apontam o que os povos originários já sabem: em termos de desenvolvimento infantil, é importante estar na natureza, ter tempo ao ar livre, e essas necessidades foram ainda mais acentuadas e demonstradas a partir do que vivenciamos durante a pandemia de Covid-19 e suas implicações.

A partir da discussão, mostramos que os povos originários nos ensinam a não separar corpo e mente, razão e emoção. Este é um debate também presente na filosofia ocidental a partir de filósofos como Spinoza, por exemplo (Gleizer, 2005). O que precisamos enfatizar é a conexão necessária entre corpo, mente (entendida como razão e emoção) e natureza (entendida como um outro a dialogar e não como um recurso a usufruir).

É importante que a universidade, enquanto campo vanguardista de construção e difusão do saber engaje-se em iniciativas que envolvam os saberes ancestrais como instrumentos de promoção de saúde, como foi o caso do projeto de extensão Ancestralidades. A universidade afirma-se como tal a partir do seu tripé – ensino, pesquisa e extensão – tornando necessário o olhar acurado para as necessidades da comunidade externa – a sociedade.

As atividades de extensão estão previstas para fazerem parte dos Projetos Pedagógicos Curriculares dos cursos de graduação das universidades brasileiras. É o que estabelece a Lei n^o 13.005/2014, que define a cur-

ricularização da extensão como estratégia nacional. A iniciativa está prevista na Meta 12.7 do Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024 (BRASIL, 2014), que estabeleceu que devem ser assegurados que, no mínimo, 10% dos créditos curriculares exigidos para a graduação sejam destinados à atuação em projetos de extensão, principalmente em áreas de demanda social elevada²⁸.

Assim, demonstramos a possibilidade – e também a urgência – de abordar tópicos relevantes como a alimentação, o hábito de comer e os conhecimentos dos povos tradicionais nas intervenções geridas pela comunidade acadêmica. Pensar a alimentação para além de seus marcadores biológicos e sociais pode ser uma tarefa à qual se proponha a Psicologia e os demais cursos de Saúde e Humanidades.

Referências

- AHMADPOOR, N.; SHAHAB, S. Realising the value of greenspace: A planners' perspective on the COVID-19 pandemic. **Town Plan. Rev.**, v. 92, p. 49-56, 2021.
- ALVES, G. M.; CUNHA, T. C. O. A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 10, n. 27, p. 46-62, 2020.
- ALMEIDA, A. R. S. **A fome e o sistema econômico agropecuário brasileiro**. 2022. 41 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2022.
- ALMEIDA, R. S. *et al.* Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2, p. 1-4, 2020.
- BARCELLOS, G. **O banquete de psique**: imaginação, cultura e psicologia da alimentação. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**: apego São Paulo: Martins Fontes, 2002.

²⁸ Cf. “Marcos legais da curricularização”, disponível em: <https://prex.ufc.br/pt/curricularizacao/marcos-legais-da-curricularizacao/>. Acesso em 26 jul. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 13.005, de 25 de junho de 2014.** Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano:** tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

CÉSPEDES, D. C. Hacia la reconstrucción del Vivir Bien. **Revista América Latina em movimentos**, Bolívia, v. 24, n. 2, p. 8-13, 2020.

FEITOSA, M. Z. S.; BOMFIM, Z. A. C. Povos originários em contextos de desigualdade social: afetividade e bem viver como modos de (re)existência ético-política. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 719-734, dez. 2020.

FRIEDMAN, S. *et al.* Understanding changes to children's connection to nature during the COVID-19 pandemic and implications for child well-being. **People and Nature**, v. 4, n. 1, p. 155-165, 2022.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas psicol.**, v. 12, n. 1, jun. 2004.

GLEIZER, M. A. **Espinosa e a Afetividade Humana.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

KUSCH, R. **América Profunda.** Buenos Aires: Editorial Biblos, 1999.

LACERDA R. L.; FEITOSA, S. F. Bem Viver: Projeto U-tópico e Decolonial. **Interritórios: Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco**, v. 1, n. 1, 2015.

LEICIC-TOSEVSKI, D. Is urban living good for mental health? **Current opinion in psychiatry**, v. 32, n. 3, 2019, pp. 204-209.

MCCUNN, L. J. The importance of nature to city living during the COVID-19 pandemic: Considerations and goals from environmental psychology. **Cities & health**, p. 1-4, 2020.

PESSÔA, S. B.; BASTOS, I. M. S.; PADILHA, V. E. O Nosso Bosque: um relato de relações e descobertas ao encontro da natureza na Educação da Infância. **Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional**, v. 11, n. 2, p. 48-76, 2021.

MELITO, L. **Bolsonaro deixou país vulnerável à fome e “preço será alto” na pandemia, diz Graciano.** Brasil de Fato, São Paulo, 21 mai. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/21/bolsonaro-deixou-pais-vulneravel-a-fome-na-pandemia-preco-sera-alto-diz-graziano>. Acesso em 25 jun. 2020.

- SANTOS, A. B. **Colonização, Quilombos, Modos e Significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.
- SOUSA, F. R. **Povos indígenas e saúde mental: a luta pelo habitar sereno e confiado**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- SPINOZA, B. **Ética demonstrada à maneira dos geômetras**. São Paulo: Martin Claret, 2005.
- QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder y clasificación social. In: SANTOS, B. S.; PAULA, M. M. **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.
- TORO, R. A. **Biodanza**. São Paulo: Editora Olavobrás/EPB, 2002.
- TUAN, Y. F. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. São Paulo: Difel, 1983.
- VENTRIGLIO, A. *et al.* Urbanization and emerging mental health issues. **CNS spectrums**, v. 26, n. 1, p. 43-50, 2021.
- VIGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**. Madrid: Visor, 1982.
- WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

Cuidado do povo Xavante na COVID-19 e as plantas do cerrado

Érica Soares Assis
Nelson Filice de Barros
Diogo Amhõ Juruna

1 Introdução

Os Xavante são um dos povos indígenas mais populosos do Brasil, sendo a maior etnia do Estado do Mato Grosso (OPAN, 2020). Segundo dados do Instituto Socioambiental (ISA, 2020), sua população em 2020 somava 22.256 pessoas, divididas em mais de 300 aldeias e abrigadas em nove Terras Indígenas (TI): TI Chão Preto e Ubawawe, ligadas à TI Parabubure, e TI Marãiwatsédé, Areões, Sangradouro/Volta Grande, Pimentel Barbosa, Marechal Rondon e São Marcos. Atualmente ficam concentrados em uma zona central do cerrado brasileiro no leste de Mato Grosso, região compreendida pela Serra do Roncador e pelos vales dos rios das Mortes, Kuluene, Couto de Magalhães, Batovi e Garças.

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) declarou a pandemia da Covid-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, as dificuldades en-

frentadas pelos povos indígenas e comunidades tradicionais foram agravadas e intensificadas com a chegada da pandemia. Esse agravamento foi evidente no povo Xavante, pois, além de ter sido o primeiro, dentre os povos indígenas do Estado de Mato Grosso, a confirmar um caso de Covid-19 (OPAN, 2020), após o início localizado a epidemia seguiu avançando nessa população, tendo sido considerada a terceira população indígena mais vulnerável à epidemia no país (Azevedo; Damasco; Antunes; Martins; Rebouças, 2020).

Frente ao cenário de crescimento de casos nos meses de maio e junho de 2020, uma estratégia de cuidado para o povo Xavante começou a ser pensada pelos seus líderes e por pesquisadores *waradzu*²⁹ parceiros. A entrada nos territórios estava impossibilitada pelo grande aumento de casos da Covid-19, portanto a estratégia deveria ser executada a distância e alcançar amplo impacto e fácil disseminação entre os territórios. Este capítulo relata a construção dessa estratégia, que resultou na produção e disseminação do manual bilíngue (português – *a'uwê mreme*³⁰) de plantas do cerrado “Rõbna Rõwede x Covid-19, Plantas do Cerrado x Covid-19”.

2 “Rõbna Rõwede x COVID-19, plantas do cerrado x COVID-19”

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) reconhece a eficácia das medicinas

²⁹ Para os Xavante, os não indígenas são chamados de *waradzu*, termo tradicionalmente traduzido como “branco”, “estrangeiro”, “estranho”. Já o povo Xavante é chamado de *A'uwê* que quer dizer “gente”, “pessoa”.

³⁰ *A'uwê mreme* significa língua Xavante

tradicionais indígenas, reconhecendo também o direito desses povos à sua cultura e identidade, por meio do diálogo de suas medicinas com a medicina ocidental contemporânea. Entretanto, a implementação das diretrizes da PNASPI segue sendo horizonte distante na realidade indígena, apesar de ela garantir a integralidade do cuidado e reconhecer o direito à atenção diferenciada à saúde (Brasil, 2002).

As dificuldades de cumprir esse direito dos povos indígenas estão nas raízes históricas da dominação cultural de não indígenas, que invalidam e subalternizam os conhecimentos dos povos indígenas nos órgãos oficiais responsáveis pelo cuidado de sua saúde. Esse colonialismo cultural não é algo do passado, dos livros de história que contam o “descobrimento do Brasil”, a negação da alteridade aos povos originários é contemporânea.

As práticas relacionadas à saúde e doença, bem como as crenças e modos de exercer o cuidado, são características fundamentais da cultura que influenciam diretamente nas práticas de cuidado (Laplantine, 2000). No entanto, a produção de cuidado dos povos originários tem sido orientada pela perspectiva da matriz biomédica exclusivamente, que, segundo a antropóloga Esther Langdon (2007), não é o único sistema de saúde, não sendo, portanto, universal e independente do contexto onde acontece. Assim, a produção de cuidado dos povos indígenas orientada pela biomedicina é, por si só, uma violência simbólica instalada há séculos no Brasil, que segue invisibilizando os saberes da saúde, tão numerosos quanto as culturas e pluralidades de pensamento indígenas no país.

A cultura do cuidado reificador propõe saberes protocolares que se sustentam no discurso de evidências inequívocas. Essa forma de cuidado se aproxima da estratégia assumida pelos órgãos oficiais de saúde, por exemplo, diante do cenário que assolava os Xavante o Governo Federal iniciou “Missão de Saúde Xavante” que foi dividida em três fases durante o período de 27 de julho a 16 de agosto. A primeira fase contou com o envio de 2,8 toneladas de medicamentos, testes rápidos para Covid-19 e equipamentos de proteção individual (EPI) como touca, luvas, aventais hospitalares e máscaras para abastecer os Polos Bases do Distrito (Brasil, 2020a). A segunda fase contou com mais de 1,4 mil procedimentos entre triagens, testes rápidos de Covid-19 e consultas médicas com clínicos gerais, pediatras e ginecologistas/obstetras. Também foram distribuídos álcool em gel 70% e kits de higiene (Brasil, 2020b). Já na terceira fase, uma equipe de vinte e quatro profissionais de saúde das Forças Armadas foram enviados para atendimento local, sendo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos especialistas como ginecologistas, pediatras e infectologistas (Brasil, 2020c).

No entanto, a ação da Missão de Saúde Xavante não teve a adequação necessária, em nenhuma das fases, para estabelecer um diálogo protetivo para os Xavante. A Associação Brasileira de Antropologia (ABA), juntamente com a sua Comissão de Assuntos Indígenas (CAI), fez algumas considerações a respeito.

Aparentemente a falta de esclarecimento prévio e informado da ação junto às comunidades, gerou, segundo lideranças Xavante, situações de constrangimento, confusão e amedrontamento diante da presença ostensiva e repentina de muitos militares, inclusive, com sobrevoos de helicópteros pelas aldeias. Ainda segundo relatos Xavante, em uma das terras ocorreu um incidente que merece averiguação: lideranças locais xavante, descontentes com a falta de esclarecimento da atuação da missão, não teriam permitido a entrada da mesma em algumas aldeias. Diante do ocorrido, atendendo a uma solicitação da FUNAI, um procurador federal teria intimado formalmente as lideranças Xavante a assinar um documento pelo qual deveriam assumir possíveis mortes nas aldeias. Outros relatos mencionam o fato da “missão” ter chegado muito tardiamente (já que contabilizam dezenas de óbitos e centenas de infectados), a distribuição de hidroxicroquina em aldeias e intervenções médicas são associadas diretamente a complicações causadas pelo Covid-19 (consultas obstétricas e ginecológicas) (Associação Brasileira de Antropologia, 2020, p. 1).

Desse modo, compreende-se que as ações advindas dos órgãos de saúde responsáveis por exercer o cuidado do povo Xavante não estavam integradas com os sentidos atribuídos ao processo de saúde-doença-cuidado do povo Xavante. Acabando por gerar uma sujeição dos corpos, voluntária ou imposta legalmente, que reproduz formas de dominação historicamente estabelecidas e intensificadas nas ações do governo brasileiro gestão 2019-2022.

O advento da pandemia soma e reforça o problema centenário da colonização e da colonialidade (Rodrigues; Albertoni; Mendonça, 2020) na história do povo brasileiro. Como país colonizado, os abismos sociais se tornam ainda mais exacerbados perante uma calamidade, com impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos. A ampliação das desigualdades sociais produz maior vulnerabilização de grupos específicos no Brasil e análises epidemiológicas apontam que a morbimortalidade e demais indicadores demográficos de saúde indígena são piores em comparação com o restante da população brasileira (FIOCRUZ, 2020).

É alta a prevalência de fatores de risco para Covid-19 entre os indígenas brasileiros e, especialmente, no povo Xavante que registra obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, levando a um pior prognóstico da doença aos infectados e aumento da necessidade de hospitalização e suporte avançado de vida (Cupertino; Cupertino; Gomes; Braga; Siqueira-Batista, 2021). De acordo com o Instituto Socioambiental (ISA, 2020) entre 22256 indivíduos Xavante, 778 são idosos (+70 anos), 1195 têm hipertensão arterial e 910 são diabéticos.

Além da presença dessas comorbidades, que ocorre pela incorporação de alimentos e hábitos dos *waradzu*, é precária e insuficiente a estrutura básica de atendimento à saúde. A Operação Amazônia Nativa (OPAN) amplia a explicação sobre essas vulnerabilizações.

Não é apenas a disponibilidade da estrutura básica de atendimento à saúde que coloca os Xavante como um dos povos mais vulneráveis a Covid-19 no estado de Mato Grosso, mas aspectos de sua organização sociocultural e, principalmente, seu perfil epidemiológico. Além dos altos índices de IRA (Infecção Respiratória Aguda) que acometem, principalmente, as crianças e os idosos, os Xavante também vivem um processo de transição epidemiológica marcado pelo surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis, com altas taxas de prevalência de casos de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade (OPAN, 2020, p. 9).

Esse quadro ressalta a importância da criação de recursos de cuidado que englobem a ampliação do conhecimento indígena acerca de novas patologias, uma vez que os povos originários estão desenvolvendo estudos a respeito do tratamento de patologias não existentes antes do encontro com os não-indígenas (Cantini; Costa; Silva, 2022).

Às avessas do cuidado reificador está o cuidado emancipador. A ideia de emancipar pelo cuidado passa pela disseminação de ferramentas que permitam a continuidade do cuidado com o máximo de autonomia. Assim, o manual vai além das ações protocolares, garantindo o acesso a informações que podem ser incorporadas ao conhecimento do povo Xavante de modo interepistêmico.

Barros (2021) conceitua o cuidado emancipador como um processo, uma construção que busca estimular a decisão e responsabilidade em relação ao cuidado.

Sendo o cuidado emancipador uma composição de conhecimento científico com conhecimento da vida cotidiana, que juntos conformam uma realidade interpretada e atribuída de sentido.

A criação do manual foi apoiada na interlocução entre a medicina convencional e os recursos de cuidado do povo Xavante, mostrando opções de plantas de seu entorno que ajudem a tratar as patologias não tradicionais. Portanto, pode ser identificado como um artefato de cuidado emancipador, pois discorre acerca das principais comorbidades para a Covid-19 e seus recursos de tratamento, buscando a autonomia em saúde a partir do entendimento da cultura como algo vivo, que se ensina e se aprende todos os dias. Embora o cuidado emancipador não tenha sido construído especificamente no contexto das práticas de cuidado Xavante, ele pode ser discutido, também, tomando a tradição de cuidado do povo Xavante, na medida em que

hibridiza um conjunto de saberes e forma um conhecimento tácito-técnico, socializador-reificador, com regras legítimas construídas nas interações sociais-legais, sem sobreposição de um conhecimento sobre o outro. Nele, desenvolve-se uma competência de saber-fazer e saber-por que-fazer que implica não só se submeter às regras mas também influenciar mudanças nas regras e na tradição. Como um “recurso ponte” de linguagem e perspectiva, pode romper dificuldades das tentativas de construções intersetoriais e interdisciplinares do campo da saúde (Barros, 2021, p.9).

Um dos objetivos principais do manual “Rõbna Rõwede x Covid-19, Plantas do Cerrado x Covid-19” foi substituir a lógica de produção de cuidado somente a partir do conhecimento biomédico, pela lógica de produção intercultural que valoriza também as plantas do cerrado e o conhecimento milenar do povo Xavante. O conhecimento intercultural convida para o desenvolvimento de um cuidado emancipador, que vai na contra-mão da hierarquia do conhecimento em saúde, já que reconhece a diversidade cultural, respeita as diferenças, constrói relações equitativas e gera um movimento decolonial na saúde, construindo enriquecimento mútuo a partir dos múltiplos saberes (Barros, 2021).

O manual “Rõbna Rõwede x Covid-19, Plantas do Cerrado x Covid-19” foi elaborado durante o mês de julho de 2020 no Instituto Flor de Ibez, que atua junto aos Xavantes estimulando a soberania alimentar, produção agroflorestral e cultura tradicional, na cidade de Barra do Garças/MT. Para sua elaboração, foram identificadas plantas do cerrado, nativas ou com cultivo estabelecido, encontradas no território Xavante. Para seleção das plantas, os pesquisadores utilizaram os conhecimentos recebidos nos anos de contato com pessoas Xavante e o conhecimento tradicional dos raizeiros da região de Barra do Garças/MT. Esses raizeiros são procurados pelo povo Xavante quando não encontram as ervas em seus territórios e, portanto, estabelecem ampla troca de conhecimentos entre si. Com essa dupla estratégia, foi possível identificar algumas plantas do Cerrado utilizadas pelos Xavante e cruzar essas informações com artigos

científicos indexados. Essa troca intercultural reafirmou o uso medicinal para o cuidado da Covid-19, tanto no controle dos sintomas dos adoecidos, quanto para prevenção com fortalecimento da imunidade e controle das comorbidades, como hipertensão arterial e diabetes.

O manual é constituído por 66 páginas e contém informações sobre formas de prevenção contra a Covid-19, quais os sintomas da doença e o que fazer em caso de adoecimento. Além disso, cataloga vinte e cinco plantas que atuam de forma analgésica e no controle da hipertensão arterial, febre, anticoagulação, imunostimulação, anti-inflamação e controle do diabetes.

O manual cita o nome científico, as partes passíveis de serem utilizadas e indicações de uso das plantas. Cada planta é apresentada com uma fotografia, permitindo o reconhecimento mesmo em caso de haver variação do nome na língua Xavante. Ademais, o caráter bilíngue do manual permite o acesso de mais pessoas da etnia ao material, ampliando sua proposta intercultural.

O manual foi tomado como um “recurso ponte” de linguagem e perspectiva observado nos relatos de profissionais de saúde que tiveram acesso a ele, pois serviu de base para introduzir conversas sobre os recursos medicinais que estavam sendo utilizados nas aldeias. Para esses profissionais o manual fortaleceu a cultura Xavante, reforçando uma fala famosa do ancião Xavante Wabuá que diz que “Ninguém respeita aquilo que não conhece. Precisamos mostrar a força e a beleza da cultura Xavante. Só assim vão respeitar e admirar o que temos” (Gomes, 2018).

O manual ajudou a lembrar de plantas que eram utilizadas pelos avós, como a lobeira (*atsada'rānhi'umre*), mas que já tinham caído em desuso, assim como possibilitou a ampliação das indicações de plantas como o jatobá (*a'õ*) que é muito utilizado para disenteria e prostração, mas não tem uso tradicional indicado para hipertensão arterial, uma vez que essa patologia é recente, introduzida pelos hábitos alimentares e sociais alterados pelas invasões de não indígenas.

Atualmente, o manual faz parte do acervo de materiais para downloads do Instituto Sócio Ambiental (ISA), estando disponível no link: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/plantas-do-cerrado-x-covid-19-no-contexto-indigena-dos-xavante-auwe-uptabi-ma-ha>. Além disso, ele foi discutido em setembro de 2020 em uma sessão online ao vivo da ONG Xapuri, intitulada “*A'uwe Tsari*, S.O.S. Xavante, Saúde indígena: encontro de saberes”. A sessão teve mais de 5 mil visualizações, já que a ONG conta com grande visibilidade e extensa atuação em meio ao povo Xavante e, desde então, o material tem tido maior divulgação e tem ajudado a compor o material bilingue oficial do DSEI Xavante de prevenção da Covid-19 (Xapuri, 2020).

Considerações finais

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), 80% da população mundial depende das práticas tradicionais para obter atenção primária à saúde. O tratamento por meio de plantas é referência em todo o mundo e no

território nacional, que tem a maior diversidade genética vegetal do mundo, atinge cerca de 55.000 de espécies catalogadas. Portanto, o que poderíamos chamar de medicina popular brasileira acontece a partir do exercício de cuidado advindo da união das práticas médicas de diferentes imigrantes e das práticas dos inúmeros povos originários que difundiram o conhecimento das ervas locais, transmitindo esse conhecimento e o aprimorando de geração em geração.

Esse encontro de saberes possibilita a emergência de uma nova prática composta da interepistemicidade e interação entre o consolidado pelas experiências e o experienciado pela ciência. A produção de novos caminhos desenvolve a dimensão emancipatória que, mesmo em uma época marcada pela ciência como verdade, produz reconhecimento e respeito às formas de construção de saúde de cada povo. O manual “Rõbna Rõwede x Covid-19, Plantas do Cerrado x Covid-19” como ferramenta de cuidado emergencial cumpriu o seu objetivo, gerando novos olhares para a saúde Xavante. No entanto, segue urgente a construção de políticas públicas em saúde que regulamentem e fomentem a pesquisa e integração das medicinas tradicionais, protegendo as pessoas e valorizando a construção dos saberes tradicionais das diferentes etnias brasileiras.

Referências

ABA - Associação Brasileira de Antropologia. **Nota sobre a “Missão de Saúde Xavante”** [relatório na internet]; 2020. Disponível em: http://www.aba.abant.org.br/files/20200817_5f3ae5e4c1df7.pdf. Acesso em: 15 jun. de 2022.

AZEVEDO, M; DAMASCO, F; ANTUNES, M; MARTINS, M. H.; REBOUÇAS, M. P. Análise de vulnerabilidade demográfica e infraestrutural das terras indígenas à Covid-19. **Cadernos de Insumos**, 2020. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1794>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

BARROS, N. F. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade** [online]. 2021, v. 30, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>. Acesso em 30 maio 2022.

BRASIL. Marinha do Brasil. **Marinha do Brasil participa da Missão Xavante em apoio a povos indígenas da região Norte Araguaia** [reportagem na internet]. Publicada em 13 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/noticias/marinha-do-brasil-participa-da-missao-xavante-em-apoio-povos-indigenas-da-regiao-norte>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Funasa, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; 60p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gov. Federal envia reforço para enfrentamento da COVID-19 em Terras Indígenas Xavante no MT**; 2020a. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=d8bfedcf04>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DSEI Xavante e DSEI Cuiabá recebem reforço de saúde no sudeste do Mato Grosso**; 2020c. Disponível em: <https://saudeindigena1.websitesequiro.com/coronavirus/viewNoticiaGeral.php?CodNot=0d3fc6a1c1>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

CANTINI, N. A.; COSTA, L. E. S.; SILVA, E. T. As vulnerabilidades do Povo Xavante no enfrentamento da pandemia da covid-19 e a necropo-

- lítica estatal. **Zeiki - Revista Interdisciplinar da Unemat Barra do Bugres**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 42–64, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/zeiki/article/view/5340>. Acesso em: 31 maio 2022.
- CUPERTINO, G. A.; CUPERTINO, M. D. C.; GOMES, A. P.; BRAGA, L. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations, **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**; v. 103, n. 2, p. 609-612, 2020. Disponível em: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p609.xml>. Acesso em: 8 maio de 2022
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas**: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica [Relatório Técnico], 2020. Disponível em: <http://www.abep.org.br/site/index.php/demografia-e-covid-19/1638-risco-de-espalhamentoda-covid-19-em-populacoes-indigenas-consideracoes-preliminares-sobre-vulnerabilidadegeografica-e-sociodemografica>. Acesso em: 8 maio 2022.
- GOMES, T. V. Tribo Xavante abre sua aldeia para visitantes interessados em aprender sobre a cultura indígena, **Jornal Estadão**. [reportagem online]. Publicado em 13 de junho de 2018. Disponível em: <https://viagem.estadao.com.br/noticias/geral,tribo-xavante-abre-sua-aldeia-para-visitantes-interessados-em-aprender-sobre-a-cultura-indigena,70002348000>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- LANGDON, E. J. Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. **Saúde e Sociedade**; v. 16, n. 2, p. 7-12, 2007.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Editora Brasileira; 2000.
- ISA – Instituto Socioambiental. **Xavante** [relatório na internet]; 2020. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Xavante>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- OPAN - Operação Amazônia Nativa. **Relatório técnico sobre a vulnerabilidade dos xavante frente à pandemia de covid19** [relatório na internet]; 2020. Disponível em: https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/2141/1/Graham-OPAN_RT_Xavantes-final.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. **WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)** [relatório na internet]; Publicado em 30 de janeiro de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-ermergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-ermergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 15 jun. 2022.

RODRIGUES, D.; ALBERTONI, L.; MENDONÇA, S. B. M. Antes sós do que mal acompanhados: contato e contágio com povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil e desafios para sua proteção e assistência à saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2020, v. 29, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200348>. Acesso em: 15 jun. 2022.

XAPURI, Socioambiental. **Saúde Indígena: Encontro de Saberes**. [live no Facebook], publicado em 9 de setembro de 2020. Disponível em: https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=809826413157985.

ANEXOS

RÓBNA RÓWEDE X COVID-19

PLANTAS DO CERRADO X COVID-19

NO CONTEXTO
INDÍGENA DOS XAVANTE
A'UWĒ UPTABI MA HĀ



ROBNHITSI'UPTSĀNA / ÍNDICE

Dahôhözda'ötödže / Analgésicas	PG	Dawapru uptsôidžéb na / Anticoagulantes	PG	Maridzabu / Anti-inflamatórias	PG
Abare/Peqú	14	Abare/Peqú	14	Libô/Sucupira	42
Atsada'ĩnhĩ'umne/Lobeira	16	Talibôzô/Sengibre	40	Uweede/Buriti	44
Budu/Arceira	20	Ulibô/Sucupira	42	Wede/Luzê/Ipê Roxo	54
Itsu'Pôine/Barbatimão	22	Uweede/Buriti	44	Wecenô'ôôô/Mutamba	58
Nôndawepé/Copaíba	28	Wede/utzi/Ipê Roxo	54		
Rômô'ĩnuzú/Goiaba	32				
Rôwedewapru/Sangra D'água	34	Itsipetedže / Imunoestimulantes	PG	Tsibré / Diabetes	PG
Talibôzô/Sengibre	40	A'ô/Jacób	12	A'ô/Jacób	12
Ulibô/Sucupira	42	Abare/Peqú	14	Atsada'ĩnhĩ'umne/Lobeira	16
Wede/Luzê/Ipê Roxo	54	Nôndawepé/Copaíba	28	Bô'Urucum	18
		Rômô'ĩnuzú/Go'aba	32	Buduhô/Barbatimão	22
Dahĩ'ptehôhoma / Hipertensão	PG	Tãmôndawê/wede/Quina	38	Mônô/Cajup	24
A'ô/Jacób	12	Ulibô/Sucupira	42	Nôdzô'ĩnhô	28
Abare/Peqú	14	Uweede/Buriti	44	Rôô/Mangaba	30
Nôndawepé/Copaíba	28			Rômô'ĩnuzú/Goiaba	32
Rôô/Mangaba	30	Maridzabu / Anti-inflamatórias	PG	Rôwedewapru/Sangra D'água	34
Rômô'ĩnuzú/Goiaba	32	A'ô/Jacób	12	Ulibô/Sucupira	42
Rôpedza'ú/Assa Peixe	35	Abare/Peqú	14	Wede/Luzê/Ipê Roxo	54
Talibôzô/Sengibre	40	Atsada'ĩnhĩ'umne/Lobeira	16		
Uweede/Buriti	44	Bô'Urucum	18		
Wanderh'Libatát'iwá'ahôre /Ste Sangras	52	Itsu'Pôine/Barbatimão	22		
		Nôndawepé/Copaíba	28		
Dawarú / Febre	PG	Rômô'ĩnuzú/Goiaba	32		
Rômô'ĩnuzú/Goiaba	32	Rôwedewapru/Sangra D'água	34		
Wede/utzi/Ipê Roxo	54	Tepec'azuhô/Assa Peixe	36		
Wecenô'ôôô/Mutamba	58	Talibôzô/Sengibre	40		

UIBRÔ

SUCUPIRA - PTERODON EARGINATUS

- Itsipetedže^{*17*58}
- Tsibré^{*49}
- Dawapru uptsôidžéb na^{*59}
- Dahôhözda'ötödže^{*17*18*19*54}
- Maridzabu^{*17*18*19*53*54*55*55*57}
- Imunoestimulante^{*17*58}
- Diabetes^{*49}
- Anticoagulante^{*59}
- Analgésico^{*17*18*19*54}
- Anti-inflamatório^{*17*18*19*53*54*55*57}



Imanharfôdzê: rômrâiwa'ú

Parte utilizada: óleo da semente

Remando o próprio barco: o cuidado em saúde e modo de vida de mulheres escalpeladas na Amazônia amapaense

Úrsula Stephanie Ferreira de Souza
Maria da Conceição da Silva Cordeiro

1 Introdução

Mulheres escalpeladas quase sempre estão fugindo de suas próprias aparências e a iminência de sofrer rejeição é um componente do cotidiano dessas pessoas. Suas vidas vão se definindo na tentativa diária de reconstruir suas feminilidades, no jeito como arrumam o lenço ou a peruca na tentativa de substituir o cabelo que não mais existe; no ângulo que podem se mostrar sem provocar espantos e curiosidades sobre a aparência física; no tom discreto do batom a fim de “amenizar” os traços que lhes marcam. São recorrentes as mudanças de comportamento e a adoção de um perfil “discreto” para não serem “notadas”.

A mudança de vida de pessoas que sofrem o escalpelamento³¹ é muito drástica. Engendra anseios e apren-

31 Avulsão brusca e acidental, de forma parcial ou total do couro cabeludo e, em muitos casos, também de sobrancelhas, pálpebras e orelhas, o que pode levar à morte. (Franciosi, 2010).

dizados com dimensões transformativas, sendo possível identificar, em suas trajetórias, na condição de escarpeladas, eventos e contextos impactantes e dinamizadores de mudanças. Vivências de conflitos com o espelho, ressignificações, terapêuticas de cuidado em saúde, que são constitutivos da rotina de “mutiladas” têm o efeito de produzir singularidades na articulação de suas subjetividades. Então, o cuidado em saúde pós-acidente se compõe de um árduo e longo processo terapêutico para reconstruírem seus corpos e as sequelas de outros adoecimentos por consequência.

Neste capítulo, abordamos sobre os cuidados em saúde e condições de vida aos quais estão submetidas as mulheres escarpeladas, entendendo que o escarpelamento implica um modo de adoecer que desencadeia várias limitações à vítima, com sequelas sérias de saúde provocadas pela cegueira ou baixa visão, surdez, perdas neurológicas crônicas, perdas de tecidos, cefaleia crônica, entre outras enfermidades. Nesse cenário, o cuidado com o corpo deve ser considerado como a via privilegiada para a conquista da “autonomia” que, ampliada, possibilitaria a essas mulheres, maiores chances de realizar escolhas, decidir por si mesmas e até mesmo romper com os estereótipos clássicos da mulher “mutilada e incapaz”.

As descrições e narrativas apresentadas neste texto sobre mulheres escarpeladas se baseiam em uma pesquisa de cunho etnográfica, sendo um recorte da dissertação de mestrado de uma das pesquisadoras, Úrsula, concluída no ano de 2019, na cidade de Macapá-

-AP. Dentre as experiências analisadas, apresentamos as histórias de Rosa e Verônica, mulheres ribeirinhas vitimadas pelo escalpelamento. O encontro com essas mulheres se deu, principalmente, através da Associação de Mulheres Ribeirinhas e Vítimas de Escalpelamento do Amapá (AMRVE). A principal agenda dessa associação tem sido a realização de cirurgias plásticas reparadoras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alternativas de capacitação profissional e a possibilidade de aposentadoria. Utilizamos de nomes fictícios para não expor as mulheres, levando em conta os preceitos éticos. Apresentamos as experiências dessas mulheres em contexto de acidente, seus itinerários terapêuticos por cuidados e também o cotidiano da vida social em suas comunidades ribeirinhas.

De certo modo, as questões de saúde, os itinerários terapêuticos e a vida social aqui assinaladas delineiam as próprias condições de vida dessas mulheres escalpeladas, o que é associado à referência de que o escalpe é quase eminentemente feminino, e isto se pauta num olhar hierárquico que demora na urgência de reconhecer a cidadania desse sujeito, reafirmando que a trajetória de busca por direito a saúde é ainda incipiente no caso específico do escalpelamento.

2 Mulher ribeirinha e escalpelamento – um campo etnográfico

Em suas comunidades, as mulheres ribeirinhas, na maioria, desenvolvem trabalho dito de economia de

subsistência familiar, geralmente de roça, pesca (limpeza e a salga do peixe e camarão), produção de farinha, agricultura, colheita de frutos, em certos casos de necessidade, ou, em resposta a uma encomenda, tecem redes de pesca (normalmente efetuada pelos pescadores). São modos de vida a requerer muito esforço e movimento físico, de frequente exposição ao sol e chuvas, grandes deslocamentos; são lugares desprovidos de transportes terrestres, limitando-se ao rio.

São modos de vida marcados por relações de gênero, por hierarquias masculinas demarcadas pela divisão sexual do trabalho, daquilo que é definido como masculino e feminino (Lobo, 1992). E é nesse lugar social que as mulheres escarpeladas, limitadas em suas condições físicas e de saúde, enfrentam suas mais acirradas desigualdades.

As mulheres ribeirinhas são muito autônomas: seu modo de vida tradicional lhes permite desempenhar desde muito cedo atividades por vezes compatíveis as dos homens. São habilidosas no manuseio da terra, na pesca, na caça, em lavouras e, assim, exercem papel fundamental na produção social e econômica de suas localidades, contribuindo para a manutenção da vida e fomentando as relações sociais comuns a qualquer sociedade, conservando as distinções regionais e culturais de uma população tradicional, como bem conceitua Silva (2000, p. 32), ao dizer que

A população constituinte que possui um modo de vida peculiar que as distingue das demais populações do meio rural ou urbano, que possui sua cosmovisão marcada pela presença das águas. Para estas populações, o rio, o lago e o igarapé não são apenas elementos do cenário ou paisagem, mas algo constitutivo do modo de ser e viver do homem. Dessa forma, quando estabelecemos nossa conceituação, temos claro que nem todas as populações humanas que vivem às margens dos rios são consideradas ribeirinhas.

Suas funções estão para além da ocupação da casa, em educar as crianças e de garantir o bem-estar do marido. Elas realizam, na maioria, atividades em conjunto com os maridos e familiares, ou sozinhas. Também costumam manter algumas criações domésticas e cultivam pequenas hortas em canteiros suspensos, próximos a casa. É um costume que foi observado em todas as localidades visitadas. Por vezes, elas possuem na própria casa pequenos comércios chamados localmente por taberna, onde vendem alimentos e utensílios de primeiras necessidades.

Sob a perspectiva da função social, cabe ainda ressaltar que, como os homens se dedicam a certas atividades ditas mais “pesadas”, como a derrubada de árvores, tanto para a construção de casas, quanto para a preparação do terreno para a colocação de roçado, as mulheres se encarregam de ir à cidade, quando é necessário, fazer as compras de mantimentos, das ferramentas de trabalho e outros utensílios domésticos. De certa for-

ma, são elas que administram as finanças. Como disse uma de nossas interlocutoras, Melissa, “a gente ajuda o marido pra ir pra frente, melhorar a vida”, indicando que “a mulher é o elemento fixador por excelência. Dá o sentido de estabilização e permanência na terra em uma imigração bem dirigida” (Cruz, 1999, p. 9).

Dessa forma, na medida em que uma mulher adoecce, isso repercute sobre a vida da família e da própria comunidade, provocando mudanças na organização interna da economia familiar. Isso sugere que a situação de saúde, mesmo num contexto de subsistência, ecoa de forma direta sobre os processos da vida sociofamiliar.

Portanto, na condição de escalpelada, a função feminina se “redefine”. Ela deixa de ser produtiva em se tratando de função de mulher. É possível que perca parte de sua autonomia laboral e administrativa, implicando seu relativo “banimento” do âmbito econômico e social de sua sociedade. Seu adoecimento impede, pela própria divisão sexual das tarefas, que elas continuem a desempenhar um papel essencial na produção social da comunidade e, assim, “sendo quase sempre sentimental por índole, e mais chegada aos hábitos e costumes, é quem vai sofrer mais a mudança de ambiente” (Cruz, 1999, p. 9). Seria esta situação uma das muitas consequências lógicas e práticas do escalpelamento feminino.

A espacialidade ribeirinha está impregnada pelo modo de saber-fazer dessas mulheres. A materialidade deste espaço tradicional se constitui por meio do processo de produção de sociabilidades e, sendo assim, o

cuidado com a saúde pós-escalpelamento é condição fundamental para sua sobrevivência.

Revelar a Amazônia pelo drama de mulheres escalpeladas é o que inspirou este estudo. Como bem sugere o título, remar o próprio barco no rio – região de silêncio e estranhamentos – anunciam/significam pela dor e o sofrimento os gritos de um acontecimento que deixa marcas no corpo pela deficiência física e na alma pelo sofrimento emocional. O escalpelamento é um drama vivido principalmente por mulheres da Amazônia. Esse tipo de acidente se mostra recorrente na região Norte do país, principalmente nos Estados da região Amazônica, a exemplo do Pará e do Amapá, em que há forte concentração de comunidades ribeirinhas, populações que fazem uso rotineiro de pequenas embarcações movidas a motor para a realização de seus trajetos fluviais decorrentes do modo de vida dessas sociedades. Para suprir suas necessidades, o ribeirinho conta com a abundância do rio que, para explorá-lo, é preciso navegar.

Se navegar é preciso, então, para o ribeirinho o rio torna-se sua estrada, uma via de acesso, na qual constrói sua existência, pois é deste recurso natural que homens e mulheres amazônidas fazem seu labor diário e retiram seu sustento, suprimindo as principais necessidades de suas famílias. Como afirma Mello (2002, p. 57, grifo nosso) “por mais que se conte, sempre é pouco o que se conta da vida dos filhos da água. O principal deles, o homem e a mulher, filho do rio e da mata. Mal nasce e está dentro da água ou na proa de uma canoa”.

Essa é a dinâmica de vida dos moradores da beira do rio, que estabelecem com a água, como descreve Loureiro (1992, p. 26) “o elemento definidor da cultura dessas populações ribeirinhas”. Além disso, essa relação de interdependência do homem com a natureza ainda faz surgir “seu mundo de lendas, alegrias e medos” (Loureiro, 1992, p. 26). A vida na Amazônia pode ser bem definida na fala de seu José, pescador daquela região e pai de Verônica, uma das vítimas de escarpelamento e interlocutora nesta pesquisa:

Eu nasci aqui. Meus pais são daqui. Fui criado no meio desse rio junto com meus irmãos. Nossas brincadeiras sempre foram na água. Tudo o que nós temos vem do rio. A comida, o trabalho, tudo é feito através do rio. A gente não consegue imaginar a vida sem essas águas. Não tem sentido nenhum pra nós. Nossas casas são construídas em cima dos rios, dos igarapés. Aqui as crianças brincam dentro da água e isso é uma diversão pra elas. Esse é o nosso lugar. Essa é a nossa vida. Aqui tem muito peixe, a gente come, mas também vende lá na cidade. E, assim, a gente vai vivendo. (José, entrevista realizada em junho de 2018).

De acordo com Mello (2002, p. 27) “o homem fica à mercê do rio. Mas não desanima”. Assim, ao mesmo tempo em que o rio é o meio pelo qual homens e mulheres estabelecem relação de profunda dependência, sendo este o lugar onde firmam seus lares, suas relações sociais, e escoam a sua produção de trabalho diária, é nele também que muitas tragédias são registradas, trazendo

dor e sofrimento às famílias que dependem diariamente desse caminho fluvial para sua existência. Dessa relação entre natureza, aqui representada pelos rios, e o homem ribeirinho, se extrai um intenso sentimento de pertencimento, mas também de profunda dependência, nitidamente expressada no seguinte relato:

A gente passa muito tempo fora de casa quando sai pra pescar, mais tempo no rio do que com a família. Mas mesmo assim, os que aqui ficam vão para o rio para tomar banho, lavar roupa e outras tarefas do dia-a-dia. O rio é tudo para nós. Mas o rio também traz seus perigos. O mesmo rio que nos ajuda com o sustento da família é o que trouxe grandes desgraças para alguns de nós. Esse foi o caso da minha filha, que teve os cabelos arrancados pelo motor do meu barco. Hoje ela tem muito medo de viajar com a gente. Depois do que aconteceu com ela, toda a família ficou arrasada, pois nós dependemos das viagens de barco diárias por esse rio para manter a nossa vida. É difícil para mim que sou pescador, mais difícil pra ela que é apenas uma menina, ficar sem os cabelos e com o rosto todo machucado. (José, entrevista realizada em junho de 2018).

A descrição oral de seu José acerca do acidente que vitimou sua filha Verônica é um dos muitos relatos de famílias que foram vítimas de acidentes de barco nos rios da Amazônia. Nos relatos do ribeirinho é possível perceber angústia em virtude de o acidente ter ocorrido dentro de sua própria embarcação no trajeto do rio que lhes permite a navegação desde a infância. As mesmas

águas que levam e trazem as populações ribeirinhas em seus mais diversos trajetos de trabalho e vida, são as águas que registraram o drama de Rosa, Verônica e muitas outras mulheres ribeirinhas da região amazônica.

3 O cuidado em saúde de mulheres escalpeladas na Amazônia amapaense

Mulheres ribeirinhas por si só já encontram grandes desafios no acesso à saúde, especialmente em função de pertencerem a localidades mais distantes, onde residem populações mais vulneráveis e onde o sistema de saúde, como outras políticas públicas, tem dificuldade em chegar. Logo, ao sofrerem o acidente por escalpe só conseguem atendimento nos centros urbanos das cidades, onde se deparam com grandes barreiras na continuidade e assistência do tratamento.

A assistência e o cuidado agenciado durante o pós-acidente é ainda reconhecido como um direito pelo Estado, consiste em um processo inicial de internação hospitalar e posteriormente de acompanhamento ambulatorial. No tratamento médico de acompanhamento do pós-acidente, as vítimas são impelidas a um penoso e extenso processo de reconstrução de seus corpos e, por conseguinte, de sua autoestima. Lembremos que o corpo é também uma socialização, é um *status*, um código social de distinção e, sendo assim, quando imperfeito “[...] ele é objetivamente marginalizado, mantido mais ou menos fora do mundo do trabalho, assistido pela seguridade social, mantido afastado da vida coletiva” (Le Breton, 2007, p. 73).

Ou seja, a perda dos cabelos provoca um adoecimento que dentre as sequelas estão tanto a psíquica na baixa autoestima como das marcas físicas visíveis deixadas pelo acidente no corpo. Assim, como aponta Tochio (2012), na condição de sequeladas existe nessas mulheres um imperativo moral que as obriga ao cuidado de si, sendo esse “ambiente de cuidados [...] uma mistura entre o popular, o técnico e o científico, cada um perfilado no habitus do seu domínio, mas cada um intersectado com os outros no campo maior de saúde” (Scott, 2020, p. 26).

O cuidado, apesar de muitas vezes ser realizado por procedimentos práticos com o corpo em determinado ambiente físico, revela intenções, sentimentos, sentidos, dependendo do contexto sociocultural. A dimensão do cuidado no processo saúde/doença é a expressão mais habitual e transformadora no contexto da saúde. Ele tem múltiplas vivências e, sendo assim, dependendo do sentido e a finalidade atribuída ao ato de cuidar, podemos enfatizar alguns aspectos de desenvolvimento humano em detrimento de outros. O cuidar inclui todas as atividades ligadas ao cotidiano de qualquer pessoa, significa maneiras e procedimentos que têm como objetivo atender às necessidades da pessoa no seu processo de adoecimento, por exemplo.

Na perspectiva das mulheres escalpeladas, a base do cuidado está em compreender e identificar suas singularidades como mulher e como pessoa, passivas de contínuo processo de restabelecimento em suas neces-

sidades em cada fase da recuperação do corpo sequelado. O cuidado no escalpelamento apresenta características bem definidas com vistas a identificar respostas e elaborar um plano de cuidados condizente com a realidade das escalpeladas, visando prevenir, minimizar ou eliminar os seus problemas, buscando concordância com as crenças, valores e cultura dessas mulheres, em permanente interação.

Nesse aspecto, o cuidado no escalpelamento deve ocorrer tanto na situação de promoção e prevenção como no apoio da terapêutica do trauma. O escalpelamento, nesse espaço, se constitui, de outro modo, tanto de uma ruptura como de nova possibilidade na reorganização do grupo familiar e da vida social, pois, como destaca Augé (1990, p. 36), “o paradoxo da doença é que ela é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas” e, assim, o apoio da família ajuda na sobrecarga física, emocional e financeira, pois o impacto do escalpe gera mudanças nem sempre favoráveis.

Interessa-nos aqui ressaltar o cuidado da aparência física não mais apenas como uma questão de vaidade, mas de ser imprescindível para o restabelecimento da saúde e da própria feminilidade. Considerado atemorizante, o escalpelamento requer cuidados além dos prescritos pelos médicos da unidade hospitalar. Dentre outros, existe o repouso total, a alimentação, exames de rotinas mensais com a equipe médica, evitar ambientes quentes. Estar em ansiedade e em apreensão referente a seu próprio corpo é um estado comum de declaração das pacientes escalpeladas em tratamento.

Algumas medidas de cuidado alteraram radicalmente a vida dessas mulheres vítimas de acidente por escalpe, como, na substituição do cabelo por peruca, é fundamental utilizar hidratante para não ferir a cabeça, também não molhar e dormir com a peruca, correndo o risco de lesionar o couro cabeludo já deteriorado. Outra recomendação é a não exposição ao sol, que, além de ferir a cabeça provoca edema e hematomas na região facial. São pacientes que comportam um quadro clínico delicado, que se caracteriza por conduta terapêutica orientada e institucionalizada, sabendo que o tratamento do escalpe é contínuo, exige assistência multiprofissional com retaguarda hospitalar.

A atuação da equipe multiprofissional no tratamento de vítimas de escalpelamento é fundamental. A fisioterapia, por exemplo, é um cuidado que age na prevenção das deformidades, diminuição das manifestações dolorosas e da mímica facial perdida pelo impacto do trauma. Em Macapá, essas mulheres recebem atendimento de fisioterapia pelo projeto Fisioterapia no Escalpelamento, desenvolvido pelo Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá. No entanto, estão longe de alcançar o ideal de tratamento, ainda há necessidade no cuidado por cirurgias reparadoras e não se esgota, tendo a necessidade em manter continuamente o tratamento. Ressalta-se que o tratamento da vítima de escalpelamento é longo, traumático e oneroso para as famílias e para o sistema de saúde pública.

Nos relatos das entrevistadas, incide o sofrimento iniciado a partir do acontecimento traumático, aqui

reconhecido por escarpamento, é uma ocorrência que altera significativamente o cotidiano, a dinâmica social da vítima, conforme apresenta o relato de Rosa:

Sair na rua se tornou um problema pra mim. Eu nunca imaginei passar por isso. Eu era uma garota feliz, que gostava de estudar e fazer amigos. Agora, tudo é muito difícil. Após o acidente, me afastei de todo mundo. Não gosto nem de me olhar no espelho. Me sinto feia e sei que as pessoas me veem assim também. No início, após sair do hospital, eu passava o dia deitada na cama e não saía do quarto nem pra comer. Fiquei muito traumatizada desde o dia que acordei no hospital. Minha mãe não queria que eu me visse no espelho, mas eu insisti e quando me vi pela primeira vez, gritei de tanta dor e tristeza que senti naquele momento. Eu queria que nada disso tivesse acontecido. Queria voltar a ser uma pessoa normal, que pode andar tranquilamente por aí sem ninguém ficar olhando estranho pra mim, me julgando... (Rosa, entrevista realizada em junho de 2018).

Após o acidente, reconhecer-se diante do espelho é uma tarefa muito penosa para as mulheres. A face estropiada, descaracterizada e o couro cabeludo completamente prejudicado pelo escalpe são imagens dramáticas e profundamente dolorosas, as quais levam muito tempo para adaptação, revelando nesta fase sentimentos de profunda revolta e negação, pois as vítimas não aceitam as sequelas do acidente, não acreditam naquela mudança tão repentina e radical de seus contextos de vida.

No caso de Verônica,

Naquele dia, justamente naquele dia que o acidente aconteceu eu estava indo para Macapá conversar com minha tia sobre a possibilidade de ir estudar e morar com ela por um tempo. Eu não morri no acidente, eu sei. Mas meus sonhos morreram ali. Meu pai e minha mãe não gostam que eu fale assim, mas acontece que eles não entendem de verdade o que eu tô passando. Passei dias, semanas naquele hospital. Pensei que não ia sobreviver, mas se eu soubesse que seria assim, que eu ficaria assim, eu preferia ter morrido. Eu não estudo, eu não trabalho, nem consigo mais ajudar meus pais em casa, pois sinto dores de cabeça todos os dias. Choro sem parar e não quero ver ninguém às vezes. Para mim, tudo acabou sabe... (Verônica, entrevista realizada em junho de 2018).

Além disso, ela tem sua autoestima abalada a partir do trauma e a reabilitação tende a acontecer de forma lenta e gradual, uma vez que as consequências extravasam os aspectos do corpo físico e invadem o psicossocial, causando-lhes adoecimento a partir do sofrimento, dos longos períodos de internação e do itinerário do tratamento, que envolve, muitas vezes, diversas cirurgias seguidas de exames complexos e dolorosos, fisioterapias e outras práticas de reabilitações específicas para cada caso, considerando a estrutura física e emocional de cada vítima.

Conforme relatam as interlocutoras, o pós-acidente e o período de internação em clínicas e hospitais são tão impactantes quanto o acidente, são momentos que sobre-

vivem à extensa peregrinação entre exames e diagnósticos que às vezes pouco dizem ou complementam com exatidão o tratamento a que devem se submeter. Nesta fase, a crise se estende atingindo toda a família da vítima, que passa a sofrer com esta nova realidade. Nesse momento, os entes queridos tornam-se não somente o maior amparo das mulheres escalpeladas, mas também são responsáveis por auxiliar, acolher e protegê-las diante das circunstâncias desagradáveis impostas pelo sinistro.

Em virtude do escalpe, Rosa e Verônica tiveram suas rotinas modificadas subitamente. Verônica nos falou sobre sua desorientação, algumas vezes não conseguia desenvolver atividades domésticas costumeiras, tem sintomas que se caracterizam por confusão mental, dificuldade de raciocinar, fica agitada, estressada. Além destas consequências, existem outras relatadas na literatura como a baixa autoestima, quebra de vínculo familiar em virtude do isolamento para tratamento dos ferimentos do acidente, medo da morte e insegurança (Cunha *et al.*, 2012; Domingues; Martinez, 2001 *apud* Beckman; Santos, 2004). Esses sintomas são comuns nesse tipo de trauma, provocando desconfortos e forte sensação de desamparo. Em muitos casos, Rosa e Verônica tiveram a sensação de abandono pelas famílias, o que aumentou consideravelmente o sofrimento e o aparecimento de sintomas relacionados à depressão.

As memórias do episódio e o modo de lembrar são individuais, mas os relatos do acontecimento trágico, que marcou para sempre a vida dessas duas mulheres,

como já vimos, se encontram e constroem uma narrativa de detalhes que parece comum entre as vítimas. Rosa e Verônica são mulheres de origem humilde, residentes nas zonas rurais, às margens dos rios que banham os estados do norte do país.

A primeira casou-se muito cedo, ainda aos 18 anos de idade, período em que foi morar com o esposo, pescador da região. Em virtude de uma gestação também muito precoce, Rosa acabou abandonando os estudos e não chegou a completar sequer o ensino fundamental. As circunstâncias econômicas da família, mesmo quando ainda morava na casa dos pais, eram muito precárias, com poucas condições de manter os estudos em virtude de sempre ter que ajudar em casa com as atividades relacionadas à subsistência da família. Enquanto o esposo sai para pescar, Rosa, hoje mãe de duas crianças, precisa ficar e cuidar dos filhos, e diz que a falta de tempo e de oportunidades para terminar os estudos, aliada às dificuldades de acesso em virtude de sua condição de mulher escalpelada não lhe deixam alternativa senão o trabalho do lar. Lamenta por sua condição atual, principalmente por perceber que as oportunidades que almejava no passado se tornaram mínimas, ou quase nulas em virtude do acidente que sofreu.

Verônica, por sua vez, que, à época do acidente, tinha apenas 19 anos, terminou o ensino fundamental na comunidade em que reside e seus sonhos de vir para capital de Macapá e cumprir o ensino médio foram interrompidos pelo acidente de barco. Antes do acontecimen-

to, Verônica tinha a pretensão de se tornar professora. Lamentavelmente Verônica, assim como Rosa, não conseguiu mais retomar os estudos, pois sua realidade social foi completamente afetada pelos impactos psicossociais e as demais consequências físicas que o escalpe deixou.

Rosa e Verônica são mulheres de vida pacata, acostumadas a realizar seus trajetos de vida sob os rios em pequenas embarcações e que, por um descuido ou falta de orientação, ao realizarem ações simples e comuns como abaixar-se sob o barco para retirar o acúmulo de água ou simplesmente para pegar um objeto no seu assoalho, tiveram seus cabelos puxados e arrancados pelo eixo do motor de forma brutal e devastadora, transformando para sempre suas histórias de vida.

Após a tragédia, essas vítimas foram socorridas e passaram por longo período de tratamento e diversas cirurgias reparadoras. Durante o período de recuperação, elas foram acompanhadas pelos cônjuges e familiares.

Rosa, ainda no início desta pesquisa, relatou que tem poucas lembranças do momento exato do acidente. Isso em virtude da rapidez com que o mesmo aconteceu. Recorda apenas que o simples gesto de apanhar o brinquedo de sua filha, que havia caído dentro do barco foi o motivo causador daquela tragédia em sua vida. O acidente aconteceu no período da manhã, mas Rosa, só acordou no final da tarde, devido ao fato de ter sido sedada quando chegou ao hospital. Lembra que o tratamento, de forma geral, durou cerca de seis meses, mas que sempre precisa retornar à capital para consultas

médicas em virtude de sequelas físicas, como as dores no pescoço e na cabeça, pois o escalpe arrancou ainda parte da pele do rosto, o que a fez perder a sobrancelha esquerda, dilacerando também parte da pele da região do pescoço. As lembranças de Rosa também desvelam toda sua peregrinação em busca de tratamento na capital. Narra dificuldades que vivenciou e vivencia em seu itinerário terapêutico.

A experiência de Verônica não foi diferente. Seu acidente aconteceu em 2007, por volta das dez horas da manhã. Ela estava acompanhada do pai, a caminho da cidade de Macapá, destino que havia escolhido para dar continuidade aos seus estudos. Verônica, assim como Rosa, também viajava de barco com os cabelos soltos, pois é de costume de mulheres da região onde vivem o hábito de não prender os cabelos. A vítima recorda que já se passara pelos menos uma hora de viagem, quando começou a entrar água na embarcação da família e pegando um recipiente de plástico que havia na embarcação começou a retirar aquela água. Foi nesse momento que teve os cabelos sugados pelo eixo do motor da embarcação. Verônica não recorda, assim como a maioria das vítimas, do momento exato do acidente.

Verônica sofreu o escalpelamento total, com perda de todo couro cabeludo, afetando partes da orelha, sobrancelhas e pescoço. Ficou por quatorze dias internada. Depois foi liberada para fazer curativos em casa e seu tratamento durou cerca de oito meses, quando passou por diversas internações e por mais de oito intervenções cirúrgicas.

Verônica diz que o escalpe foi a pior experiência de sua vida, pois ela considera que toda sua juventude foi perdida no dia do acidente. Ressalta que, no momento em que acordou no leito do hospital, ainda sob o efeito das medicações, foi acometida de profunda tristeza e que tinha crise de choro e irritabilidade.

As narrativas dessas mulheres fazem perceber que o período de tratamento clínico em hospitais e ambulatórios causou transtornos em virtude do necessário deslocamento de seus locais de origem para o centro da cidade. Como possuem condições financeiras muito precárias, o prolongado período de tratamento exigiu delas focar na ótica do cuidado enquanto processo de aprendizagem. Então, o cuidado como reconstrução ou de manter o que já se conquistou em saúde supõe pensar que a valorização dessa dignidade prática é, portanto, uma tarefa e um compromisso quando se quer sarar, ter saúde – um empreendimento para elas marcado por instabilidades e imprevisibilidades, dada a imediata condição no sentido existencial da experiência do adoecimento que é tanto físico como emocional.

Considerações finais

Vimos que o escalpelamento é o arrancamento brusco do escalpo humano pelo eixo do motor de pequenas embarcações utilizadas para o transporte na Região Amazônica. Foi possível depreender ainda que o barco é o principal meio de transporte dos ribeirinhos, assim chamados os habitantes que residem às margens dos rios.

Foi possível perceber ainda que o escalpelamento é um acidente trágico que acomete principalmente mulheres ribeirinhas da Região Norte do Brasil. Além disso, conhecemos o peculiar modo de vida das mulheres ribeirinhas para fazer compreender os motivos pelos quais o acidente as acomete de forma trágica, tanto física como psicológica. Assim, o estudo mostrou que as vítimas tiveram suas trajetórias de vida completamente modificadas após o escalpe, pois a maioria delas nunca mais conseguiu retomar suas atividades nas comunidades em virtude da saúde fragilizada e do processo de invisibilidade social que passam a vivenciar após esse tipo de adoecimento.

Este estudo enfatizou ainda que as vítimas do escalpe passam a depender diariamente dos cuidados da família para higienização do próprio corpo por conta da gravidade dos ferimentos e da dor deixada pelo acidente, de modo que o próprio autocuidado fica comprometido em virtude do abalo emocional delas, que passam a ter dificuldades de reconhecer o próprio corpo diante do espelho.

No referente ao corpo, as práticas de cuidados dispensadas às vítimas do escalpelamento, são orientadas por longos períodos de tratamento, seja ao nível ambulatorial ou de internação, vai depender das necessidades de intervenção clínica, do uso de medicamentos, fisioterapias ou de cirurgias reparadoras.

Sabe-se que a ação do cuidar em saúde é interativa e compreende o envolvimento e o relacionamento entre

as partes, incluindo o acolhimento como escuta sensível do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida (Ayres, 2001), sendo assim, o cuidado no escalpelamento, compreende uma dinamicidade e se configura por um complexo itinerário terapêutico não linear ou fragmentado, estabelece proximidade de relação entre cuidador e paciente, afinidade fundamental na execução e sucesso da terapêutica planejada. Ele é contínuo e executa etapas que podem ser retomadas e revistas a qualquer tempo, a depender do processo humano de recuperação ou não, condicionado por fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos.

Conforme observou-se, os cuidados públicos em saúde para as vítimas do escalpelamento ainda são incipientes, quer seja pela ausência de políticas públicas voltadas para o atendimento e cuidado permanente das mulheres escalpeladas, bem como pelo fato de as abordagens de atendimento preliminares não levarem em consideração o longo processo de reabilitação das vítimas, que precisam de atenção e cuidado não somente para as sequelas físicas, mas especialmente para o abalo e transtorno psicológicos que passam a sofrer diariamente.

Nesse sentido, reafirmamos que a maior parte do cuidado e tratamento dispensados às mulheres escalpeladas ocorre pela relação médico – paciente em serviços públicos. No entanto, consideramos que os atendimentos médicos especializados do serviço de saúde responsáveis pelo atendimento dessas mulheres, precisam ser melhorados, não há um padrão de atendimento e de

tratamento para casos de escarpelamentos no sistema de saúde local. Embora exista a tentativa de controle do acidente do escalpe através da fiscalização das embarcações e isso vem diminuindo os acidentes, a demanda existente exige um longo e quase interminável processo de cuidados específicos para as vítimas existentes.

As experiências trágicas apresentadas neste estudo demandam intervenções urgentes, tanto em caráter preventivo quanto interventivo dos órgãos responsáveis, para fins de dispensar às mulheres sobreviventes os cuidados de saúde que tanto necessitam, através de uma equipe multiprofissional que realize os atendimentos e intervenções nas comunidades que as vítimas habitam.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. Ordem biológica, ordem social: doença, forma elementar do evento. In: AUGÉ, M. & HEWRZLICH, C. **O Sentido do Mal**: Antropologia, História, Sociologia da Doença. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 1986.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 6, n. 1: p. 63-72, 2001.

BECKMAN, K. A. F., & SANTOS, N. C. M. Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escarpelamento por eixo motor de barco. **CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL** da UFSCar; v. 12 n. 1, 2010.

CUNHA, B. C. et al., Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escarpelamento tratados na fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Ed. RBCP, 2012.

CRUZ, M. M. Sítios agroflorestais na várzea do Careiro. **Revista de Geografia da Universidade do Amazonas**, Manaus, v. 1, n. 1, p. 105-122, jan./dez.1999.

FRANCIOSI, L. F. N. Reparação do escalpo por retalhos livres microcirúrgicos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. v. 25, nº 4, 2010.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

- LOBO, E. S. O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho, In: COSTA, A. DE O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992, p. 252-265.
- LOUREIRO, V. R. **Amazônia**: estado, homem, natureza. Belém: CEJUP, 1992. (Coleção Amazoniana, n. 1).
- MELLO, T. de. **Amazonas**: Pátria da Água. Notícias da visitação que fiz no verão de 1953 ao Rio Amazonas e seus barrancos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- SCOTT, P. Cuidados, mobilidade e poder em contexto de epidemia: relações familiares e espaços de negociação. **Mana**, v. 20, n. 3, e262207, 2020c.
- SILVA, J. C. **O Rio, A Comunidade e o Viver**. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.
- TOCHIO, A. **O psicólogo com o bisturi na mão**: um estudo antropológico da cirurgia plástica. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2012.

Biografia dos autores

ANDIE DE CASTRO LIMA

Mestra e doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (PPGP-UFC), no qual integra a linha Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais. Membro do Locus - Laboratório de Pesquisa em Psicologia Ambiental da UFC.

ANTÔNIO FÁBIO MACEDO DE SOUSA

Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e doutorando em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS-UFC). É professor temporário da Universidade Estadual do Ceará atuando na área de Teoria Sociológica, Ciências Sociais em Saúde, Sociologia das Elites e dos Esportes. Desenvolve pesquisas no âmbito da Etnografia Urbana.

CLÁUDIA MARIA INÁCIO COSTA

Doutoranda em Sociologia (PPGS-UFC). Cocriadora, apresentadora e produtora do podcast de divulgação científica em Ciências Sociais Elas Pesquisam. Pesquisadora do GEP-MARGENS UECE. Pesquisa especialmente na grande área de Sociologia, com ênfase em Sociologia da Juventude, gênero, sexualidade, teoria Queer, cidadania e políticas públicas.

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

Doutor em Sociologia (UECE). Professor de Sociologia (SE-DUC). Pesquisa HIV/Aids e cuidado na perspectiva da Sociologia e Antropologia da Saúde. Membro do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE).

DIOGO AMHÔ JURUNA

Licenciado em Ciência da Linguagem no Curso de Educação Intercultural da Universidade Federal de Goiás (UFG). Indígena da etnia A'uwê - Xavante e professor.

ELIANA APARECIDA DE PAULA SILVA

Mestre em Didática pela Universidade Paris VII. Mestre em Antropologia pela PUC-SP. Bacharel em Ciências Sociais/ PUC-SP. Participante do Grupo de Estudos de Filosofia da Saúde - GEFS-UNIFESP/CNPq.

EMANOELLA PESSOA ANGELIM GUIMARÃES

Doutora em Sociologia (UECE). Técnica da Coordenadoria de Planejamento e Governança (COPLAG) da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Pesquisa Educação Médica e Construção de Identidade na perspectiva da Sociologia e Antropologia da Saúde. Membro do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE).

ERICA SOARES ASSIS

Mestranda em Ensino em Saúde (FCM -UNICAMP), psicóloga e psicanalista. Membro do Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS-UNICAMP) e do Interdisciplinary Cooperation for Ayahuasca Research and Outreach (ICARO-UNICAMP).

FRANCISCA VERÔNICA CAVALCANTE

Doutora em Antropologia (PUC-SP). Professora Titular em Antropologia no Departamento de Ciências Sociais (UFPI). Desenvolve pesquisas com os temas: religiões, espiritualidades, gênero, emoções e suicídio. Lidera o Grupo de Pesquisa Transdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções (CORPOSTRANS-CNPQ/UFPI).

IANNE PAULO MACÊDO

Doutoranda em Sociologia (UECE). Consultora Pedagógica (Instituto Paramitas-SE). Pesquisadora da área da Socioantropologia da Saúde e da Religião. Membro do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE) e do Grupo de Pesquisa Transdisciplinar sobre Corpo, Saúde e Emoções da Universidade Federal do Piauí (CORPOS-TRANS - CNPQ/UFPI).

IRLENA MARIA MALHEIROS DA COSTA

Doutora em Ciências Sociais. Pesquisadora especializada em estudos socioantropológicos sobre abuso sexual infantojuvenil. Membro do Laboratório de Estudos da Violência (UFC). Pesquisadora colaboradora do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE).

JOÃO TADEU DE ANDRADE

Professor e pesquisador dos Programas de Pós-Graduação em Sociologia e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia. Professor associado da UECE, assessor da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa e líder do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde). É integrante da Rede Brasil/Canadá de Pesquisa Qualitativa em Saúde.

LUANY QUEIROZ DA SILVA

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestra em Sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (PGPP- UECE).

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA CORDEIRO

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), professora colaboradora do Programa de Pós-Gradua-

ção em Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora do Centro de Estudos Religião, Religiosidades e Políticas Públicas (CEPRES UNIFAP). Pesquisadora dos Estudos Interdisciplinares em Cultura e Políticas Públicas (UNIFAP).

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

Doutora em Saúde Coletiva, assistente social da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza (SDHDS) e da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Membro do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE) e do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (Lassos - UECE). Professora visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP).

MÔNICA SIMIONI

Doutora em Sociologia (UECE). Consultora Socioambiental. Pesquisadora do Observatório de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Observa Saúde - UECE).

NARA MARIA FORTE DIOGO ROCHA

Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da UFC, Departamento de Psicologia (campus Fortaleza). Integrante do corpo docente da Pós-graduação em Psicologia e Políticas Públicas da UFC (campus Sobral). Pesquisadora das questões étnico-raciais relativas aos povos negros e indígenas em intersecção com dimensões de gênero e idade.

NELSON FILICE DE BARROS

Professor Titular da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp).

PRECILIANA BARRETO DE MORAIS

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). É professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará, atuando na área de Teorias Sociológicas e Epistemologias das Ciências Sociais em Saúde. Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS/UECE).

ÚRSULA STEPHANIE FERREIRA DE SOUZA

Mestra em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior. Atua como Técnica em Assuntos Educacionais na Universidade Federal do Amapá.

ZULMIRA ÁUREA CRUZ BOMFIM

Doutora em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pesquisadora pela Universidade de Barcelona em Espaço Público e Regeneração Urbana. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.