

de co lo nia li da des

e cuidados coletivos na América Latina



Série Saúde & Amazônia, 33

**Júlio Cesar Schweickardt
Károl Veiga Cabral
Fabiana Mânica Martins
Alcindo Antônio Ferla**

Organizadores

Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina



1ª Edição

Porto Alegre – 2024

Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Fabiana Manica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglianian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

editora
redeunida

A Série **Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Fiocruz Amazônia); Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS) e Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA).

Esta publicação foi realizada a partir de uma parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Católica da Nicarágua (ÚNICA) e o Programa de doutorado em Saúde Pública do Amazonas (DASPAM), com apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPS), assim como de outras instituições parceiras na América Latina que fazem parte da Red Internacional de Enseñanza e Investigación sobre Educación y Trabajo en Sistemas y Servicios de Salud – Universidad Católica Redemptoris Mater (RED SALUD UNICA). Além disso, a publicação parte dos projetos de pesquisa do Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia e de cooperação com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em temáticas da educação popular em saúde. Os manuscritos foram avaliados pela equipe de organização do livro, com o apoio de revisores ad hoc, especializados da área da saúde coletiva.

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza**Jaqueline Miotto Guarnier****Camila Fontana Roman**

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Márcio Mariath Belloc

Arte da Capa

Márcio Mariath Belloc

Revisão

Júlio César Schweickardt**Alcindo Antônio Ferla****Károl Veiga Cabral****Fabiana Mânica Martins**

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D448

Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina / Júlio Cesar Schweickardt; Károl Veiga Cabral; Fabiana Mânica Martins; Alcindo Antônio Ferla (Organizadores) – 1. Ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

408 p. (Série Saúde & Amazônia, v.33).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-183-0

DOI 10.18310/9786554621830

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Descolonização. 3. América Latina. 4. Terapias Complementares. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

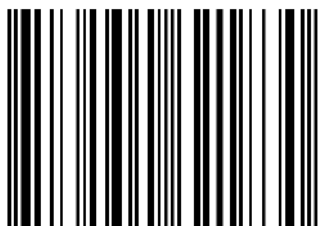
NLM WB 890

CDU 615.89

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina

ISBN 978-65-5462-183-0



9 786554 621830 >



Série Saúde & Amazônia, 33

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia



MINISTÉRIO DA
CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E INOVAÇÃO



APOIO:



As opiniões expressas na obra são de responsabilidade dos autores e não expressam opiniões das instituições envolvidas.

SUMÁRIO

Decolonizando os lugares, territórios de saúde e do bem viver Júlio Cesar Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Fabiana Mânica Martins, Alcindo Antônio Ferla	9
La decolonialidad en las políticas de salud en Centroamérica: un análisis reflexivo Alexandre Florencio, Alcindo Antonio Ferla	29
Lo decolonial en la participación en salud: un desafío ante la tecno burocracia sanitaria global Carlos Güida Leskevicius	42
Descolonizando el poder, el saber y ser: una reflexión intercultural desde Nicaragua Víctor Alberto González Obando, Júlio Cesar Schweickardt	52
“Eu nem sou rio, eu sou nascente, sou a cabeça”: notas sobre a construção de metodologias participativas na pesquisa sobre medicinas indígenas na Amazônia Maranhense Cássia Ferreira de Oliveira, Júlio Cesar Schweickardt, Cintia Maria Santa na Silva Guajajara, Wellington Queiroz de Freitas, Ana Lúcia Nunes, Mariano de Ribamar Lindoso Frazão	66
A ciência decolonial na questão dos indígenas sem-terra: um ensaio sobre descasos urbanos, dignificação social e luta por territórios Jeffer Haad Ruiz da Silva	77
Diálogos entre medicinas a partir da Iniciação Científica: a racionalidade dos povos indígenas que tensionam o modelo biologista do cuidado Raniele Alana Lima Alves, Edson César dos Santos Seixas, Rosemary Amanda Lima Alves, Leandra Freitas dos Santos, Fabiana Mânica Martins	86
“Nós fazemos medicina”: diálogos necessários para caminhos decoloniais Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Júlio Cesar Schweickardt, Sônia Maria Lemos	97
Decolonidade e medicina indígena: um cuidado em processo Marluce Mineiro Pereira, Júlio Cesar Schweickardt	109
Los saberes ancestrales como pervivencia viva en salud en indígenas del Vaupés, en la Amazonia Colombiana Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez, Johanna Gonçalves Marín, Carlos Eduardo Rodríguez Ramirez, Alcindo Antônio Ferla	116
O partejar no território indígena do Alto Rio Solimões: resistindo às colonialidades Cristiane Ferreira da Silva, Júlio Cesar Schweickardt	130

Decolonizar o ato de parir: reflexões necessárias para a produção da saúde integral das pessoas que gestam Raquel Del Socorro Jarquín Rivas, Fabiana Mânica Martins, Júlio Cesar Schweickardt	144
Descolonización y Parto Humanizado en Nicaragua Vilmaricia de los Ángeles Cerda González	155
Os alimentos, o cozinhar, o comer e a decolonialidade: um relato do Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil Janayla Bruna Oliveira de Aguiar, Júlio Cesar Schweickardt	166
Descolonización alimentaria: una perspectiva de Centroamérica Xochilt Urrutia Marín, Júlio Cesar Schweickardt	180
A necessidade de estudos interseccionais sobre uso de drogas e cuidado em saúde na Atenção Primária Camila Aleixo de Campos Avarca, Cristian Fabiano Guimarães, Rosemarie Andreatza, Maria Cristina Gonçalves Vicentin	190
Decolonialidade e Interseccionalidade: reflexões sobre a Epistemologia da Mulher Negra Maura Nunes Pimentel de Carvalho, Denise Machado Duran Gutierrez	201
Psicologia e decolonialidade: breves reflexões sobre as tensões epistêmicas para a atuação da Psicologia no contexto de saúde dos povos indígenas Mayara dos Santos Ferreira	201
Colonização da infância, capitalismo e saúde: reflexões urgentes Larissa Goñi Murussi, Aline Blaya Martins	225
A interdisciplinaridade da saúde coletiva e o viés colonialista da biomedicina: reflexões no território líquido em tempos de Covid-19 William Pereira Santos, Alcindo Antônio Ferla	246
A violência de gênero em comunidades ribeirinhas na Amazônia: relato de pesquisa em um assentamento agroextrativistas do Amapá Antonio Carlos Sardinha, Patrícia Rocha Chaves, Nelma Nunes da Silva, Ana Cristina de Paula Maués Soares, Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues	266
Decolonialidad y Telemedicina: cuando los recursos tecnológicos globales alcanzan conexiones con los contextos locales Eddy Stevens Martínez Coronado, Alexandre Florencio, Alcindo Antônio Ferla	292
Uso de la fitoterapia en la medicina tradicional como proceso de descolonización en el sistema de salud nicaragüense: ensayo teórico de la construcción histórica Cindy Junieth Castillo Castillo, Maria Denise Schimith, Denise Bueno	302

Decolonialidad del saber: reflexiones sobre la salud oral Daysi Masis, Júlio Cesar Schweickardt	307
“Eu colonizei o Brasil... E também o mundo”: conversas em família Amanda Lia Rebêlo Rabelo	319
Pueblos indígenas de Nicaragua y la Covid-19 Isamara Guadalupe Alemán Cruz, Maria Denise Schimith	328
Colonización... ¿un regalo o un robo? Solimar Sahory Colleman, Teresinha Heck Weiller	336
Policrise, Ambiguidade Sociocultural e Decolonialismos na capacidade adaptativa de migrantes venezuelanos Yorman Paredes-Marquez, Sâmia Maracaípe Lima, Leandro Luiz Giatti	345
Conocimientos y prácticas contemporáneas del pueblo Gunadule frente a las crisis socioambientales y sanitarias en Gunayala, Panamá Lenin Alfonso Morales, Isadora Silva, Artinelio Hernandez, Diego Madi Dias, Leandro Luiz Giatti	378
Autores e Autoras.....	399



Decolonizando os lugares, territórios de saúde e do bem viver

Júlio Cesar Schweickardt
Károl Veiga Cabral
Fabiana Mânica Martins
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

As transições de tempo, quando acompanhadas de transição de paradigmas, geram tensões no campo das ideias e das relações. Estávamos aqui pensando na diversidade de enfoques para o tema da decolonialidade que os capítulos do livro abrangem, e nos pareceu oportuno pensar na precisão de cada um dos que escolhemos para compô-lo, que não deixam dúvidas que tratam dessa temática, mas com uma diversidade importante de abordagens. No decorrer da conversa, lembramos dos escritos do Ítalo Calvino, no final do Século XIX. Em “Lezioni americane – Sei proposte per il prossimo millenino” [que, na tradução brasileira pela Companhia das Letras ficou apenas “Seis propostas para o próximo milênio” (Calvino, 2019)]. Calvino escreveu textos que seriam lidos num ciclo de conferências que o escritor italiano proferiria na Universidade de Harvard e que nunca foram proferidas, pois faleceu antes.

O convite mobilizou o italiano a pensar sobre “alguns valores ou qualidades ou especificidades da literatura que (...) são particularmente caros, buscando situá-los na perspectiva do novo milênio” (2019, p. 13). Era o ano de 1985, 15 anos antes da virada do milênio. Escreveu Calvino que o período que estava por findar “viu o surgimento e a expansão das línguas ocidentais modernas e as literaturas que exploraram suas possibilidades expressivas, cognoscitivas e imaginativas” (2019, p.13). Registrou também que havia sido também “o milênio do livro, na medida em que viu o objeto livro tomar a forma que nos é familiar” (2019, p. 13).

Bem, há no texto introdutório de Calvino algumas ideias que estavam na nascente deste livro. Uma das principais preocupações que tivemos na organização do livro foi a “precisão” do conceito de decolonialidade, dado que vivemos, no século atual, algumas situações similares àquelas que mobilizaram Calvino. Trata-se da ‘ocupação deturpada’ de conceitos como dispositivo político de exatamente

combater os sentidos libertários que lhe são atribuídos quando pessoas ou grupos subalternizados constroem enunciados para combater as forças de subalternização.

Uma parte importante dos textos que colecionamos aqui, depois de um processo longo de curadoria, abordam temas dessa natureza. Não apenas nos textos, mas nesse tempo de disputas civilizatórias agudas que vivemos no cotidiano, as evidências de sequestros de pautas políticas como a finalidade de fragilização e extermínio são múltiplas: do corpo das mulheres e das crianças ao direito de acesso à saúde e à educação, incluindo pautas ambientais em que a preservação da vida esbarra na ocupação predatória e destruidora do ambiente natural e das suas gentes.

Bem, das seis qualidades que Calvino confiava à literatura, como construção sobre linguagem (o autor fala de literatura como parte de um conjunto de linguagens artísticas, num debate importante entre o termo em inglês 'poetry', que é especializado na forma original, mas que abrange outras expressões artísticas quando vertido para o italiano): leveza, rapidez, exatidão, visibilidade, multiplicidade e consistência (essa última, não foi concluída e apenas foram recuperadas ideias avulsas do autor). Contendo a vontade de resenharmos o livro todo, restringiremos nossa reflexão à exatidão da linguagem, no sentido de uma escrita precisa, capaz de transmitir uma ideia de forma incontestável.

Ora, Calvino registra que

estamos sempre no encaço de alguma coisa oculta, ou pelo menos potencial ou hipotética, de que seguimos os traços que afloram à superfície do solo. [...]A palavra associa o traço visível à coisa invisível, à coisa ausente, à coisa desejada ou temida, como uma frágil passarela improvisada sobre o abismo (2019, p.92-3).

Aqui a ideia registrada por Calvino não é tão exatamente singular, dado que reconhecer que a linguagem, como o sistema de pensamento, a ciência e a cultura evoluem (no sentido de movimentar-se, mais do que de 'crescimento' e 'avanço') e, portanto, há diversas formas de expressão que estão associadas à história e ao contexto social. O que parece bem particular aqui é a tensão entre o visível/oculto ou soterrado/aflorado à superfície do solo como atributos da precisão da linguagem. Em tempo recente, estamos vivendo uma particular disputa entre enunciados falsos, que produzem o esgotamento da vida de setores da sociedade, e evidências da ciência, para produzir efeitos de pânico e dependência sobre grupos populacionais, com efeito de beneficiar setores da economia, o espectro político da extrema direita, certas correntes religiosas que se expandem a partir das contribuições financeiras de grupos populacionais, entre outros.

A imprecisão, nesse caso, é arma política e produção intencional. Os conceitos de colonialidade e de decolonialidade também estão no escopo das

disputas enunciativas que nem sempre expressam o melhor do conhecimento acumulado, assim classificado o conhecimento que promove o desenvolvimento social e humano, as melhores expressões da vida de pessoas e coletividades em suas diversidades e em superação das adversidades a que são submetidas.

Não foi exatamente ou prioritariamente para alimentar a disputa enunciativa nas sociedades contemporâneas que decidimos organizar esta coletânea e estudar as variações do conceito de decolonialidade a partir de situações em que ele funciona como produção de autonomia e liberdade. Foi também e principalmente pelo exercício epistemológico de compreender os sentidos que envolvem sua ocupação, digamos assim. Ocupação no sentido do movimento de tomar seu território simbólico para torná-lo mais preciso e mais profundo. Para colher das experiências textuais e linguísticas como expressão de pensamentos e conhecimentos em novos platôs. Sem esquecer que expressões e conceitos têm, em alguma medida, capacidade de movimento (um banzeiro linguístico?) e desenvolvimento.

O fato é que, ao encontro do nosso pensamento, relembramos da definição da precisão/exatidão linguística à qual Calvino (2019, p. 93) destinou um capítulo. Registra o italiano, que “o justo emprego da linguagem é, para mim, aquele que permite o aproximar-se das coisas (presentes ou ausentes) com descrição, atenção e cautela, respeitando o que as coisas (presentes ou ausentes) comunicam sem o recurso das palavras”.

Aqui nos parece estar a chave que separa a ocupação deturpada e predatória de um conceito: quando o que é dito não respeita a coisa sobre a qual se quer dizer, não dedica descrição, atenção e cautela na construção linguística. Na curadoria dos textos, nos ocupamos de buscar a expressão da decolonialidade nas diversidades territoriais e culturais, com descrição, atenção e cautela, sem o uso da força para ocupar a expressão em sentidos não compatíveis com a construção cognitiva que vem sendo feita por diferentes autores. Respeitar a ancestralidade do conceito não significa, entretanto, tomá-lo como expressão superior ao cotidiano em que as relações que ele procura traduzir se materializam. Portanto, a curadoria também procurou respeitar, como precisão de uso, novas autorias que fizeram aflorar contextos que, diversos daqueles originalmente abordados, demonstrassem a coerção e a violência de uma expressão cultural ou de interesses sobre pessoas, grupos, culturas, fazeres tradicionais e modos do andar da vida próprios e dissidentes da vigência nas sociedades contemporâneas.

Os sentidos da noção de decolonialidade

A ideia da decolonialidade nasce nos estudos pós-culturais, na filosofia da libertação, nas metodologias participativas e pesquisa-ação, nas perspectivas marxistas da América Latina, nos grupos de estudos subalternos do sudoeste da Ásia, nos grupos latino-americanos de estudos subalternos, na filosofia africana (Borsani, 2021). Além desses, ainda podemos identificar os encontros com a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, o Teatro do Oprimido de Augusto Boal, a teologia da libertação. Abrange as perspectivas sociais, etnográfica, literária, educação, com críticas aos modelos eurocêntricos e universalistas de classificar o mundo.

A palavra decolonialidade será empregada pelo sociólogo peruano Anibal Quijano, na década de 1980, para discutir a colonialidade do poder. Sendo assim,

Quijano acerca de la colonialidad, su distinción con los conceptos de colonialismo y colonización, y sus vínculos explícitos con la teoría del sistema-mundo de Wallerstein, a la que se revitalizará como “sistema-mundo moderno/colonial”, y a partir de la cual se delinearán los conceptos de colonialidad del poder, del saber y del ser tal como se han venido discutiendo en los últimos veinte años (Añón, 2021, p. 105).

A filósofa argentina Maria Eugenia Borsani (2021) faz um resumo sobre o significado da decolonialidade.

La decolonialidad significa, por tanto, un posicionamiento otro frente a los padrinazgos conceptuales logo-centrados que han tutelado nuestras prácticas académicas. Significa También un apartamiento del universalismo parido en el escenario europeo, ficción esta que, al mismo tiempo, gesto teorías que estratificaban poblaciones a escala planetaria, teoría de la racialización mediante, e imponían valuaciones racistas derivadas de tales teorías sostenidas por los grandes de la filosofía moderna a quienes nos referimos anteriormente, a saber, Kant, Voltaire, Locke, Hume y Hegel. Significa, pues, una epistemología otra, pues involucra otras claves, otros modos, otras consideraciones acerca del conocer y del pensar. De allí que se la llame pensamiento a epistemología de frontera, a la que nos referimos en muchos apartados (Borsani, 2021, p. 69).

A filósofa destaca que a decolonialidade é uma epistemologia e um pensamento de fronteira, estando nas margens que o pensamento euro-centrado hierarquizou e racionalizou. Os filósofos europeus deram sustentação ao pensamento universalista, que a autora chamou de ficção, pois impôs um pensamento e um método para todo o planeta e para todos os povos. Assim, a epistemologia outra, promovida pela decolonialidade, traz à tona aqueles pensamentos que foram invisibilizados, apagados ou inferiorizados. Por isso, decolonizar é buscar uma outra prática saber, de ser e de poder, recolocando esses pensamentos outros num patamar simétrico de poder.

Anibal Quijano alerta da necessidade de nos libertarmos da prisão eurocêntrica, reconhecendo as experiências de vida dos povos originários e das mais diversas tradições na América Latina.

Nesse sentido, a pretensão eurocêntrica de ser a exclusiva produtora e protagonista da modernidade, e de que toda modernização de populações não-europeias é, portanto, uma europeização, é uma pretensão etnocentrista e além de tudo provinciana. Porém, por outro lado, se se admite que o conceito de modernidade se refere somente à racionalidade, à ciência, à tecnologia, etc., a questão que estaríamos colocando à experiência histórica não seria diferente da proposta pelo etnocentrismo europeu, o debate consistiria apenas na disputa pela originalidade e pela exclusividade da propriedade do fenômeno assim chamado modernidade, e, em consequência, movendo-se no mesmo terreno e com a mesma perspectiva do eurocentrismo (Quijano, 2005, p. 123).

Importante trazeremos a ideia de eurocentrismo, definida por Quijano, como parte de uma estratégia da colonialidade do poder de caráter capitalista e colonial/moderno:

uma perspectiva de conhecimento cuja elaboração sistemática começou na Europa Ocidental antes de mediados do século XVII, ainda que algumas de suas raízes são sem dúvida mais velhas, ou mesmo antigas, e que nos séculos seguintes se tornou mundialmente hegemônica percorrendo o mesmo fluxo do domínio da Europa burguesa. Sua constituição ocorreu associada à específica secularização burguesa do pensamento europeu e à experiência e às necessidades do padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado, estabelecido a partir da América (Quijano, 2005, p. 126).

Segundo Mignolo (2014b, p. 11), a lógica da colonialidade opera em três níveis diferentes: a) colonialidade do poder (político e econômico); b) colonialidade do saber (epistêmico, filosófico, científico e na relação das línguas com o conhecimento); c) colonialidade do ser (subjetividade, controle da sexualidade e dos papéis atribuídos aos gêneros). Nos textos que seguem, veremos o desenvolvimento destas ideias, promovendo tanto a crítica como as possibilidades de pensar de modo decolonial.

A seguir, apresentamos três ideias que são fundamentais para entender o pensamento colonial e visualizarmos as possibilidades de mundos outros: a noção de raça, a relação entre modernidade-colonialidade-capitalismo, interculturalidade epistêmica e crítica.

Noção de raça e racialização dos povos

Segundo Quijano (2019), a raça foi uma construção mental europeia do século XIV, pois antes não havia essa ideia para diferenciar os diferentes povos. “La idea de raza es, con toda la seguridad, el más eficaz instrumento de dominación social inventado en los últimos 500 años” (Quijano, 2019, p. 349). Foi usado para classificar os povos a partir das diferenças fenotípicas ou de cor da pele, portanto, utilizando critérios biológicos. A palavra raça serviu como um instrumento para a classificação social das populações, ou seja, não existem distintas raças humanas. “El racismo es la ideología resultante de aceptar la existencia de la raza y con ello la validación

de una clasificatoria de los distintos grupos humanos”. Desse modo, “lo negro y lo indígena son las categorías preferenciales de la desumanización racial de la modernidad” (Borsani, 2021, p. 40). Assim, conclui a filósofa, que há racismo e não as raças.

O eurocentrismo estabeleceu um classificador das gentes pelo registro de cor, como uma marca externa para constituir as relações de poder (Quijano, 2005). Desse modo, segundo Mills (2023, p. 105), “as pessoas ‘brancas’ não preexistem, mas são trazidas à existência como ‘brancas’ pelo contrato racial. A raça branca é inventada, a pessoa se torna ‘branca por lei’”, com o pressuposto de ser dominadora. Assim, conclui Mills, a definição de “brancos” ou “não brancos” é um fenômeno da modernidade, com a elaboração de um sistema político-econômico racial mais elaborado.

O racismo desenvolveu uma classificação estética, considerando que o “corpo branco” como uma raça bonita em detrimento de raças feias que seriam os “corpos negros”, indígenas, asiáticos (Mills, 2023). Este padrão estético do branco belo se difundiu para as colônias, reforçando as teses racistas.

A raça enquanto uma construção política ideológica, segundo Quijano (2019), não tem nada a ver com a ideia biológica da espécie humana, e sim com as relações de poder e de dominação do capitalismo mundial, colonial/moderno e eurocentrado. Por isso, há que se questionar a ideia de raça e não somente do racismo, pois ambos são constructos mentais que promovem a exclusão, o genocídio e a invisibilidade do outro, enquanto diferente.

Sin duda, las características corporales externas (forma, tamaño, ‘color’, etc.) están inscritas en el código genético de cada quien. Sólo en ese específico sentido se trata de fenómenos biológicos. Pero eso no está, de modo alguno, referido a la configuración biológica del organismo, a las funciones y comportamientos o roles del conjunto o de cada una de sus partes (Quijano, 2019, p. 356).

A diferenciação de Aníbal Quijano é importante para o entendimento que o sentido de raça, como um sistema político ideológico, não tem relação com a estrutura biológica do ser humano. Assim, a naturalização de comportamentos e modos de vida atribuído às raças não passa de uma postura racista. Assim, cor não é raça, mas um modo de classificar e hierarquizar o outro. Por fim, não se trata somente de um racismo de cor, mas também ambiental, religioso, cultural, étnico (Borsani, 2021).

Por fim, Mignolo (2008, p. 134) diz que há um racismo epistêmico, para além das raças e da cor da pele, que naturaliza as formas de pensar e produzir o conhecimento. O autor define o racismo como “aquella operación de clasificación social que valora como deficiente la humanidad de ciertas personas por considerarla

exigua o incluso caduca; al tiempo que pondera e resalta el pensamiento y el modo en que se desarrolla la filosofía europea, suponiéndola universal”. A universalização de uma forma de pensar se deu na negação das outras formas, forjando o racismo epistêmico ou o epistemicídio. Essa questão fez com que Dabashi (2018) fizesse uma pergunta provocativa: podemos pensar os no-europeus? A relação entre raça e inteligência foi o argumento filosófico para classificar os povos e colocá-los na infância da humanidade ou na condição de selvagens e primitivos.

A relação entre modernidade-colonialidade-capitalismo

No encontro da Europa com as Américas se produziu um novo padrão de expressão social, material e subjetiva, que passa a ser universalizado como um novo padrão de poder global. Esta racionalidade foi produto de uma elaboração europeia (Quijano, 2019). A filosofia europeia elabora a ideia de que a modernidade é emancipadora, ou seja, é um projeto civilizatório que irá “iluminar” todos os povos e territórios. Assim, o “norte” é o lugar correto, para onde todos nós deveremos seguir para sermos finalmente modernos, sendo o “fim”, o *telos*, onde todos deverão necessariamente chegar (Borsani, 2021).

Apesar da crise da modernidade, as instituições, intelectuais e bancos ainda acreditam que a modernidade ainda é um projeto inacabado, mas segundo Mignolo (2007), pela perspectiva da colonialidade, seguir o projeto da modernidade significa reproduzir os padrões da colonialidade do poder, que ainda estão presentes nesse século XXI.

El relato de la modernidad con su carga semántica y retórica de progreso impulsa el consumo, se esfuerza por mantener la idea de que la historia es única y desemboca en la ontología que la idea de modernidad construye; desplaza y complementa la felicidad Cristiana con la felicidad terrenal del consumo (Mignolo, 2018, p. 7).

O desprendimento deste modelo moderno-colonial-capitalista é fundamental porque três quartos do mundo não é somente lugar de “consumo”, mas de “encuentro, de sociabilidad, de intercambio, en comunidades donde se trabaja para vivir y no se vive para trabajar y consumir” (Mignolo, 2018, p. 7). Assim, o projeto de uma modernidade inacabada que irá nos emancipar e levar para o paraíso da civilização somente serviu para dominar, subjugar, oprimir e invisibilizar culturas e sociedades. Desse modo, não há como dizer que a vida em uma aldeia indígena na Amazônia significa uma expressão do bem viver, numa relação em comunidade e numa relação cósmica com os seres naturais e não naturais.

A colonialidade não é um derivado da modernidade, mas é sua parte constitutiva e estrutural. Portanto, a modernidade traz consigo a violência da colonialidade, que exploram os povos, a natureza para alimentar o capitalismo

(Borsani, 2021). A modernidade/colonialidade primeiramente barbariza, demoniza e idiotiza o outro para depois, como bons colonizadores, civilizar, educar e colocar na idade da “infância” da humanidade para torná-lo um adulto (Giuliano, 2018).

Cabe distinguir o colonialismo de colonialidade, sendo aquele um movimento político de ocupação e colonização das terras e dos povos originários pelos europeus. Enquanto a colonialidade é a consequência do colonialismo mesmo com a independência política das colônias. O projeto colonial continua na colonialidade do poder, do saber e do ser, colonizando práticas, pensamentos, línguas, rituais, memórias (Bosani, 2021). Assim, a colonialidade continua exercendo o seu poder sobre outras cosmologias, outras medicinas, outras formas de cuidar, invisibilizando epistemologias outras.

Segundo Quijano, a colonialidade se refere a uma colonização do imaginário dos dominados, isto é, uma interioridade do imaginário.

Eso fue producto, al comienzo, de una sistemática represión no solo de específica creencias, ideas, imágenes, símbolos y conocimientos que no sirvieran para la dominación colonial global. La represión cayó, sobre todo, sobre los modos de conocer, de producir conocimiento, de producir perspectivas, imágenes y sistemas de imágenes, símbolos, modos de significación, sobre los recursos, patrones e instrumentos de expresión formalizada y objetivada, intelectual o visual (Quijano, 2019b, p. 105).

O padrão cultural passou a ser uma sedução para os colonizados, pois dava acesso ao poder. “La europeización cultural se convirtió en una aspiración” (Quijano, 2019b, p. 105). Vimos isso acontecer nas cidades brasileiras no início do século XX, querendo ser “Liverpool”, parafraseando a música de Porto de Lenha de Aldisio Filgueiras e Zeca Torres (Torrinho). O sonho de Manaus era ser um espelho das cidades europeias, seguindo a moda, as bebidas, os móveis, até mesmo as pedras das praças e ruas (Schweickardt, 2011). Enfim, a cultura europeia passou a ser universal, dominando outros conhecimentos, outras estéticas e modos de vida.

A feminista nigeriana Chimamanda Adichie (2019) nos lembra do “perigo da história única” quando escreve sobre o domínio da cultura europeia sobre os países colonizados. Alerta para as múltiplas histórias nos povos e seus modos de narrar e contar, expressando a força da oralidade e da ancestralidade. Nesse sentido, podemos problematizar a ideia de um único universal, de uma ciência nascida em solo europeu, pois temos muitos universais e cosmologias que é possível dizer que temos pluriversais, especialmente quando vemos a diversidade de povos indígenas (Schweickardt & Barreto, 2023).

A modernidade, segundo Mignolo (2014a, p. 9), não é um período histórico, mas uma retórica que destaca os ganhos das pessoas, instituições, línguas e territórios que se autodefinem como o centro do mundo. Nesse sentido, “la

colonialidades como la lógica oculta de la modernidad”, pois fazem parte de uma mesma face, não existindo sem a outra. A modernidade significou a colonização do espaço e tempo, elaborando a ideia de que a Europa estava no presente do tempo e no centro do espaço, negando a possibilidade de contemporaneidade dos outros povos, que, em relação ao pensamento eurocêntrico, eram primitivos e selvagens, consequentemente, povos sem história.

Quijano, ao elaborar o conceito de colonialidade do poder, propunha o movimento de decolonizar o pensar, do ser, do fazer e do dizer. O projeto foi de promover a reconstrução das histórias silenciadas e apagadas, das subjetividades e conhecimentos subalterizados. Assim, é necessário um “desprendimento” do pensamento colonial e moderno (Mignolo, 2014a). Nesse caso, não se trata do conceito de emancipação que é do iluminismo europeu, mas de uma libertação, como propõe Enrique Dussel (1995).

A interculturalidade crítica ou uma comunicação inter-epistêmica

A retórica eurocêntrica deslegitima a diferencia epistêmica e ontológica dos conhecimentos e histórias locais, sendo necessário um *desprendimento* e um pensar indisciplinado, invertendo a lógica da geografia da razão. “El *desprendimento* comienza por ignorar y descreer la ilusión de que la razón imperial puede al mismo tiempo generar la razón libertadora” (Mignolo, 2014a, p. 42, grifo no original). Assim, a tarefa é deslocar a centralidade do tempo e espaço da perspectiva eurocêntrica para lógicas outras que tem uma dinâmica diferenciadas nos territórios.

Na Amazônia, por exemplo, em seus vários territórios têm diversas temporalidades que vão desde o mito até os movimentos dos rios, dos banzeiros e das marés. Os movimentos sociais do Campo, Floresta e Águas nos têm dito que até mesmo o território se transforma em maretório, lagotório, riotório, deslocando a ideia de que tudo se faz no território. Assim, o território líquido é um argumento para constituirmos um lugar de fala a partir dos modos de vida as populações amazônicas na relação com as diversas águas.

O “primitivo” e o “tradicional”, segundo Mignolo (2014a), aparecem como objetos inventados na consciência europeia, sendo construções da exterioridade, os que estão “fora”, inventado pela modernidade na criação de uma identidade dos que estão “dentro”, ou seja, dos civilizados e modernos. Por isso, a discussão sobre o termo “tradicional” tem se tornado uma questão epistêmica, especialmente quando se referem aos conhecimentos dos povos originários e dos especialistas das medicinas indígenas (Schweickardt & Barreto, 2023). “Por la misma razón, se piensa

que el mundo subdesarrollado no produce ciencia o filosofía, sino cultura” (Mignolo, 2014a, p. 59).

A decolonialidade é possibilidade de pensar os diferentes mundos e os pluri-versos, como pensou Jorge Luiz Borges no conto “O Jardim dos caminhos que se bifurcam”, que ao escolher um caminho, há outros tantos possíveis, que existem e são reais ao mesmo tempo. Assumir a interculturalidade é criar as possibilidades para a existência dos outros caminhos e mundos possíveis, sem anular o outro, sendo que a única universalidade possível é a pluriversalidade. Já não há mais espaço para uma “história única”, mas sim, a multiplicidade das histórias possíveis nas mais distintas territorialidades e temporalidades. “La negación de la coetaneidad, la invención del primitivo y del subdesarrollo, oculto el hecho de que todos vivimos em mismo tempo cósmico, a la vez em distintos ritmos histórico-temporales” (Mignolo, 2014a, p. 94).

Segundo Catherine Walsh (2014, p. 17), a interculturalidade tem um significado especial na América Latina porque está “ligada a las geopolíticas de lugar y de espacio, a las luchas políticas históricas y actuales de los pueblos indígenas y negros, y sus construcciones de un proyecto social, cultura, político, ético y epistémico orientado a la decolonización y a la transformación”. Esta definição traz vários significados, primeiramente que estamos falando de um lugar geopolítico, descentrando o lugar privilegiado do poder; segundo trata-se de lutas políticas dos povos indígenas e afrodescendentes que se referem à histórica colonial de resistência, mas também das lutas atuais por projetos políticos para transformação da sociedade; em terceiro, não se trata de uma discussão de interrelações, como apresenta da discussão da multiculturalidade, mas de uma mudança das condições sócio-políticas e epistêmicas dos povos colonizados no passado e que repercute na colonialidade do poder, do saber e do ser no presente.

A interculturalidade busca promover formas “outras” de pensar, conhecer, de sociedade, de mundo. O uso da palavra “outra” não se refere a mais uma opção dentre outras, mas opções outras. “El uso de ‘otro’ no implica un conocimiento, práctica, poder o paradigma más, sino un pensamiento, práctica, poder y paradigma de y desde la diferencia, desviándose de las normas dominantes y, a la vez, desafiando radicalmente a ellas, abriendo así la posibilidad de la decolonización” (Walsh apud Khatíbi, 2014, p. 17).

Walsh (2014) ainda acrescenta que o “outro” sinaliza o alternativo e o diferente do pensamento dominante, aquilo que foi apagado e invisibilizado pela modernidade. Assim, o outro é o que vem sendo construído nas experiências locais, se constituindo num pensamento subversivo, insurgente e indisciplinado. Nas

palavras de Mignolo (2014b), é um pensamento que se faz na fronteira ou, nas palavras de Fanon (2008), nas margens dos condenados da terra.

A interculturalidade é um projeto político e um princípio ideológico, além de uma postura ética e um giro epistêmico que tem como referência o passado, as ancestralidades, e as realidades presentes de exploração, marginalização e racialização (Walsh, 2014). Assim, a interculturalidade enquanto projeto político é a possibilidade de pensar nas existências, ou como diz Sodré (2023), nos pontos de vida, nos modos de vida que são situadas e localizadas.

Há diferentes perspectivas para abordar a interculturalidade, Walsh (2012) denomina a primeira de relacional, que se refere ao contato e interc mbio entre as culturas e tradi es diferentes, seja em condi es de igualdade ou n o. No entanto, esta perspectiva:

oculta o minimiza la conflictividad y los contextos de poder y dominación continu a en que se lleva a cabo la relación. Similarmente, limita la interculturalidad al contacto y a la relación – muchas veces a nivel individual – encubriendo o dejando por un lado las estructuras de la sociedad – sociales, políticas, econ micas y también epist micas – que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad (Walsh, 2012, p. 63).

A perspectiva funcional da interculturalidade reconhece a diferença e diversidade cultural, com estratégias de inclusão na estrutura social, mas, segundo Walsh (2012),   uma perspectiva liberal, que não problematiza as causas das assimetrias sociais e de poder, nem questiona as “regras do jogo”. Esta perspectiva está representada pelo multiculturalismo surgido nos Estados Unidos e o interculturalismo europeu.

En este sentido, el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación, la que apunta no a la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico y la conservación de la estabilidad social con el fin de impulsar los imperativos econ micos del modelo (neoliberalizado) de acumulación capitalista, ahora haciendo “incluir” los grupos históricamente excluidos a su interior (Walsh, 2012, p. 64).

A terceira perspectiva   denominada por interculturalidade crítica porque n o parte do problema da diversidade e da diferença, nem da toler ncia ou inclusão, mas parte do “problema estrutural-colonial-racial” e sua rela o com o capitalismo. A interculturalidade crítica aponta para a constru o de sociedades diferentes, questionando as rela es de poder e de racializa o dos povos para uma outra lógica de organiza o social. A interculturalidade crítica à “un llamamiento de y desde la gente que ha sufrido un histórico sometimiento y subalternizaci n, de sus aliados, y de los sectores que luchan, conjunto con ellos, por la refundación social y descolonización, por la construcción de mundos otros” (Walsh, 2012, p. 65). Assim, a interculturalidade assume uma op o política a partir daqueles que estão nas

margens, como um projeto de mudança da estrutura social e não somente de tolerância e inclusão a partir de cima.

Caterine Walsh (2014) ainda chama a atenção de que a interculturalidade não se trata somente da relação entre humanos, culturas e povos, mas também entre os humanos e não humanos, entre os povos e a natureza, entre os mundos biofísicos, humanos e supernaturais (espirituais). Desse modo, dicotomia que se constitui na sociedade ocidental entre cultura e natureza é desconstruída, pois essa é uma invenção do pensamento colonial. Os povos originários pensam o mundo de modo intercultural ou interrelacional, pois os seres da natureza também são gente e tem consciência de si e do mundo (Descola, 2016).

As “gentes” outras coexistem no mesmo espaço e tempo, possuindo formas humana e não-humanas, sejam animais, vegetais ou minerais, o que significa uma grande mudança no paradigma dicotômico ocidental de natureza e cultura. Descola nos dá exemplos de diversos povos originários para ilustrar essa ideia: “A maior parte das plantas e dos animais são pessoas como nós”, e a “maioria dos seres da natureza possuem uma alma análoga à dos humanos, que lhes permite pensar, raciocinar, ter sentimentos, comunicar-se à maneira dos humanos e, sobretudo, fazer que vejam a si mesmos como humanos, apesar da aparência animal ou vegetal” (Descola, 2016, p. 13). Desse modo, para muitos povos indígenas da Amazônia os animais foram ou são gente. Assim, uma interculturalidade inter-epistêmica se constitui na relação com os seres outros e diversos que habitam o cosmo. Esta interculturalidade que inclui as outras gentes é a condição de possibilidade de podermos “adiar o fim do mundo”, como nos diz Krenak (2019).

O que os capítulos nos dizem...

Os capítulos e as autorais são de diferentes países da América Latina: Nicarágua, Chile, Colômbia, Panamá, Venezuela. O Brasil está representado por diferentes regiões, destacando os textos dos diferentes lugares da Amazônia. Iniciamos com o capítulo “La decolonialidad en las políticas de salud en Centroamérica: un análisis reflexivo” de Alexandre Florencio e Alcindo Antonio Ferla, juntamente o texto “Lo decolonial en la participación en salud: un desafío ante la tecno-burocracia sanitaria global”, de Carlos Güida Leskevicius, que tratam das questões políticas e da participação social na perspectiva global, mas ambos falam dos seus lugares, da Guatemala e o do Chile respectivamente.

O texto “Descolonizando el poder, el saber y ser: una reflexión intercultural desde Nicaragua”, de Víctor Alberto González Obando e Júlio Cesar Schweickardt, busca refletir sobre as principais categorias do debate da decolonialidade a partir

dos seus principais pensadores. Os autores também trazem uma reflexão sobre a discussão da decolonialidade no trabalho com o povo Misquito, na costa Atlântica da Nicarágua, local onde Victor atua profissionalmente.

Cássia Ferreira de Oliveira, Júlio Cesar Schweickardt, Cintia Maria Santa na Silva Guajajara, Wellington Queiroz de Freitas, Ana Lúcia Nunes, Mariano de Ribamar Lindoso Frazão, no texto “Eu nem sou rio. eu sou nascente, sou a cabeça”: notas sobre a construção de metodologias participativas na pesquisa sobre medicinas indígenas na Amazônia Maranhense”, relatam a estratégia de pesquisa participativa no território indígena de Araribóia, do povo Tenetehara-Guajajara. A Abordagem é pensar em pesquisas não-extratvistas, que incorporam a comunidade nas suas discussões metodológicas e de autoria das produções. A pesquisa nesse tipo de abordagem mobiliza os pesquisadores, especialmente quando necessitam discutir as relações de poder e de saber.

Jeffer Haad Ruiz da Silva, no texto “A ciência decolonial na questão dos indígenas sem-terra: um ensaio sobre descasos urbanos, dignificação social e luta por territórios”, nos traz uma história ilustrada de uma cena de violência de um grupo indígena na cidade de Manaus. Nos faz refletir sobre o lugar do indígena na cidade, onde sofre diferentes tipos de preconceito e racismo, como se este lugar não tivesse pertencido aos indígenas Manáos, povo exterminado na colonização da Amazônia. As autores Raniele Alana Lima Alves, Edson César dos Santos Seixas, Rosemary Amanda Lima Alves Leandra Freitas dos Santos, Fabiana Mânica Martins, no texto “Diálogos entre medicinas a partir da Iniciação Científica: a racionalidade dos povos indígenas que tensionam o modelo biologista do cuidado”, partem da experiência de iniciação científica de um aluno de medicina que realizou uma conversa com um Kumu (pajé) no Centro de Medicina de Manaus, quando debateu sobre a atuação como Kumu e as atividades realizadas no período da pandemia de Covid-19. As autoras e autor também trazem uma problematização para a formação médica, que é centrada no conhecimento biomédico. Assim, a escrita de aluno, docentes e trabalhadora da saúde indígena fazem uma reflexão importante desses espaços de atuação e formação na saúde.

Os textos “Nós fazemos medicina”: diálogos necessários para caminhos decoloniais”, de Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Júlio Cesar Schweickardt e Sônia Maria Lemos, e o texto “Decolonidade e medicina indígena: um cuidado em processo”, de Marluce Mineiro Pereira e Júlio Cesar Schweickardt, faz o debate epistêmico das medicinas indígenas como um proceso decolonial. O enfoque é para as práticas e conhecimentos das medicinas indígenas na Amazônia, onde as pesquisas estão em desenvolvimento com diferentes povos originários. A

questão trazida pelos textos é que as medicinas indígenas precisam ser politizadas, isto é, que passem do reconhecimento para a inclusão na política de Saúde Indígena nos territórios.

Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez, Johanna Gonçalves Marín, Carlos Eduardo Rodríguez Ramirez e Alcindo Antônio Ferla, no capítulo “Los saberes ancestrales como pervivencia viva en salud en indígenas del Vaupés, en la Amazonia Colombiana”, nos mostram uma pesquisa construída a partir das lideranças e dos sábios da distante comunidade do Vaupés Colombiano. A contribuição do texto é nos brindar com a ideia de bibliografias vivas para se referir aos saberes e conhecimentos indígenas, fugindo do modelo extrativista do conhecimento clássico. Yuri é uma pesquisadora indígena que tem problematizado as abordagens na pesquisa e na saúde com povos indígenas, mostrando um caminho de muitos diálogos e escutas de outras epistememes.

Os textos “O partejar no território indígena do Alto Rio Solimões: resistindo às colonialidade”, de Cristiane Ferreira da Silva e Júlio Cesar Schweickardt, “Decolonizar o ato de parir: reflexões necessárias para a produção da saúde integral das pessoas que gestam”, de Raquel Del Socorro Jarquín Rivas, Fabiana Mânica Martins e Júlio Cesar Schweickardt, e “Descolonización y Parto Humanizado en Nicaragua”, de Vilmaricia de los Ángeles Cerda González, abordam o tema do parto e nascimento. A violência obstétrica é um tema que precisa ser enfrentado pelas políticas tanto do Brasil como da Nicarágua. A melhor resposta é pela humanização do parto. Além disso, Cristiane traz a experiência de atuação no território indígena do Alto Rio Solimões no Amazonas, com as parteiras tradicionais em diálogo com as equipes multiprofissionais de Saúde. Na região há um constante movimento pela produção do cuidado intercultural. Nesse sentido, os textos trazem a necessidade de colocar o parto e o nascimento numa perspectiva de decolonizar os saberes e poderes biomédicos.

Dois textos abordam a temática da alimentação na Amazônia brasileira e na Nicarágua. “Os alimentos, o cozinhar, o comer e a decolonialidade: um relato do Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil”, de Janayla Bruna Oliveira de Aguiar e Júlio Cesar Schweickardt analisa as dinâmicas dos modos de comer e produzir alimentos no território indígena, que vive num contexto de contato colonial por séculos, interferindo nos seus modos de comer. No entanto, a alimentação se constitui num modo de resistir enquanto povos indígenas. O texto “Descolonización alimentaria: una perspectiva de Centroamérica”, de Xochilt Urrutia Marín e Júlio Cesar Schweickardt, discute a necessidade de decolonizar a alimentação em contextos de riqueza cultural, com simbologias e ritos que ritualizam os alimentos, práticas que

foram invisibilizados pelo processo colonial. Assim, a alimentação é uma resistência aos processos identitários dos países da centro-americanos.

Camila Aleixo de Campos Avarca, Cristian Fabiano Guimarães, Rosemarie Andrezza e Maria Cristina Gonçalves Vicentin, no texto “A necessidade de estudos interseccionais sobre uso de drogas e cuidado em saúde na Atenção Primária”, trazem a categoria da interseccionalidade para abordar o tema das drogas na saúde. A interseccionalidade é uma contribuição do movimento de mulheres negras para ampliar o debate para além da sua condição de classe, mas também de gênero, território, raça. A discussão amplia as possibilidades de pensarmos a equidade nos territórios da atenção básica.

O tema da interseccionalidade também é discutido no texto “Decolonialidade e Interseccionalidade: reflexões sobre a Epistemologia da Mulher Negra”, das autoras Maura Nunes Pimentel de Carvalho e Denise Machado Duran Gutierrez. O feminismo da mulher negra tem problematizado os modos de produzir o conhecimento, baseado em critérios eurocêntricos, patriarcais e brancos. Assim, a interseccionalidade tem sido relevante para desnaturalizar o lugar das mulheres nos diferentes espaços de fala.

Mayara dos Santos Ferreira, no texto “Psicologia e decolonialidade: breves reflexões sobre as tensões epistêmicas para a atuação da Psicologia no contexto de saúde dos povos indígenas”, promove o debate sobre a disciplina da psicologia, nascida em território e línguas europeias, precisam passar por um processo decolonial quando se defrontam com outros povos e línguas. Desse modo, a própria ideia de saúde mental não cabe nas ações e práticas da psicologia dos mais de 300 povos indígenas no Brasil.

O capítulo “Colonização da infância, capitalismo e saúde: reflexões urgentes”, escrito por Larissa Goñi Murussi e Aline Blaya Martins, expõe o estado do debate sobre o lugar da infância na sociedade capitalista. Articulado argumentos sobre a medicalização da infância e a reificação capitalista dos corpos infantis, as autoras buscam criar brechas na cultura contemporânea para que a criança seja ouvida como um lugar legítimo de fala, descolonizando o lugar do devir, no qual a infância é apenas um investimento no futuro. Como resultado da dobra epistêmica, aparecem contribuições muito expressivas para os cuidados com a saúde e outras políticas públicas para as crianças.

William Pereira Santos e Alcindo Antônio Ferla, no texto “A interdisciplinaridade da saúde coletiva e o viés colonialista da biomedicina: reflexões sobre o *território líquido* em tempos de Covid-19”, refletem sobre os resultados de uma pesquisa empírica sobre os sistemas locais de saúde na Amazônia brasileira.

O trabalho empírico relatado foi uma entrevista com usuários de sistemas municipais de saúde e os dados foram cruzados com o coeficiente de mortes por Covid-19, mostrando uma associação perversa entre fontes informais de informação sobre proteção contra doenças, especialmente fontes religiosas e políticos negacionistas, e taxas de mortalidade mais altas. O problema formulado no ensaio é a forma pastoral com que a ciência chega às pessoas, reduzindo a possibilidade educacional de fortalecimento da capacidade crítica e do status de cidadania, quando o discurso dos profissionais de saúde não se encaixa no cotidiano das pessoas.

“A violência de gênero em comunidades ribeirinhas na Amazônia: relato de pesquisa em um assentamento agroextrativistas do Amapá”, de autoria de Antonio Carlos Sardinha, Patrícia Rocha Chaves, Nelma Nunes da Silva, Ana Cristina de Paula Maués Soares e Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues, trazem os resultados de uma pesquisa realizada nuns territórios ribeirinhos e rurais do estado do Amapá, norte do Brasil. Os dados mostram que a violência contra as mulheres negras e quilombolas, com o feminicídio, é muito superior se comparadas com as mulheres brancas. O estudo mostrou que as Unidades de Saúde Básicas são os lugares de acolhimento dessas mulheres no território, portanto, é um tema que necessita ser abordado pelos profissionais e gestores de saúde.

O capítulo “Decolonialidad y Telemedicina: cuando los recursos tecnológicos globales logran conexiones con los contextos locales”, de Eddy Stevens Martínez Coronado, Alexandre Florencio e Alcindo Antônio Ferla, aborda a questão das tecnologias da informação sob uma perspectiva decolonial. O “fetiche” tecnológico, e não a tecnologia em si, é confrontado com a crítica decolonial, destacando a perspectiva de risco devido à escala e à natureza das informações envolvidas no uso acrítico desses recursos. No entanto, os recursos de telessaúde, ao contrário dessa perspectiva, são propostos como uma alternativa para ampliar a capacidade crítica dos usuários e a compreensão complexa da produção da saúde, apoiando a reflexão sobre questões singulares da vida das pessoas em cada território e enumerando aspectos apagados pela perspectiva colonial das tecnologias da informação.

O capítulo “Uso de la fitoterapia en la medicina tradicional como proceso de descolonización en el sistema de salud nicaragüense: ensayo teórico de la construcción histórica”, de Cindy Junieth Castillo Castillo, Maria Denise Schimith e Denise Bueno, trata do conhecimento tradicional em confronto com a lógica biomédica moderna, em que a aliança com a produção industrial de medicamentos inclui o apagamento das formas locais de produzir e cuidar da saúde. A fitoterapia,

como outras práticas tradicionais, além de sua eficácia, afirmada ao longo dos últimos milênios, é também um fator de resistência cultural.

Daysi Masís e Júlio Cesar Schweickardt, em “Decolonialidad del saber: reflexiones sobre la salud oral”, situam o debate da colonialidade do saber na relação de dominação e colonização dos territórios originários. Assim, propõem fazer o debate sobre a decolonização da Saúde Bucal, especialmente na universalização e democratização do acesso de um serviço que traz as marcas do racismo e do preconceito. Outro desafio é sair das amarras biomédicas eurocêntricas que marcam a disciplina da saúde bucal. Por isso, a estratégia é pensar em como envolver as pessoas, a comunidade e os povos na produção de uma saúde bucal que esteja próximo dos seus modos de vida e das suas estratégias de prevenção e cuidado. No capítulo “Eu colonizei o Brasil... E também o mundo”: conversas em família”, Amanda Lia Rebêlo Rabelo discute as formas de representação dos povos indígenas, afrodescendentes e europeus no período colonial. Os modos de apresentar os povos foi uma estratégia de hierarquização dos diferentes povos, inclusive com a criação do termo raça, que não passa de uma invenção política e ideológica para dominar e subjugar os povos não-europeus. A reflexão passa pelo imaginário e a memória familiar da autora, que precisou se decoloniar para produzir o estranhamento e uma nova posição diante dos povos originários e o seu lugar de vida.

O capítulo “Pueblos indígenas de Nicaragua y la Covid-19”, de Isamara Guadalupe Alemán Cruz e Maria Denise Schimith, analisa as formas de resistência dos saberes ancestrais indígenas da Nicarágua durante a pandemia de Covid-19 e as políticas oficiais. Destaca um avanço significativo das políticas oficiais na ampliação, diversificação e diálogo intercultural com os povos indígenas, mas pontua um predomínio da lógica biomédica e a remanescente escassez de recursos como problemas que afetam essa população. A contribuição relevante é a lógica de diálogos interculturais, que expressa resistência e capacidade decolonial.

No ensaio “Colonización... ¿un regalo o un robo?”, de Solimar Sahory Coleman e Teresinha Heck Weiller, a decolonialidade é analisada sob a perspectiva da violência epistêmica, sobretudo a partir da colonização europeia dos territórios, onde, no caso da saúde, a negação dos saberes tradicionais percorreu o caminho da medicalização do corpo, do consumo de medicamentos e da produção de uma noção de saúde diversa dos povos tradicionais. A perda da identidade cultural, como uma ação multifatorial colonialista europeia, se coloca em oposição às políticas recentes na Nicarágua, de diálogo intercultural e recuperação dos saberes tradicionais.

“Policrise, Ambiguidade Sociocultural e Decolonialismos na capacidade adaptativa de migrantes venezuelanos”, de autoria de Yorman Paredes-Marquez, Sâmia Maracaípe Lima e Leandro Luiz Giatti, trazem o conceito de Policrise para caracterizar o processo de migração de venezuelanos ao Brasil, especialmente para São Paulo. A ideia é entender como os migrantes se desterritorializam e se reterritorializam em espaços muito diversos e adversos. O texto traz um detalhamento da metodologia e da construção conceitual que serve de referência para os estudos de migração.

O livro finaliza com o texto “Conocimientos y prácticas contemporáneas del pueblo Gunadule frente a las crisis socioambientales y sanitarias en Gunayala, Panamá”, de autoria de Lenin Alfonso Morales, Isadora Silva, Artinelio Hernandez, Diego Madi Dias e Leandro Luiz Giatti, apresenta o território do povo Gunadule do Panamá e as suas relações com as questões ambientais. A discussão é importante, especialmente pela descrição de um território ancestral e seus processos coloniais, vivendo na relação com um sistema capitalista que interfere nos seus modos de vida e possibilidade de futuro.

Considerações Finais

O aprendizado que estamos vivenciando com o debate e a pesquisa no tema da decolonialidade é o que podemos praticar uma “desobediência epistêmica”, título do livro de Walter Mignolo (2014a), promovendo uma ciência ou um conhecimento in-disciplinado, nas margens como nos ensina Franz Fanon, nas fronteiras. Fazer o exercício do pensamento a partir dos lugares e territórios negados e invisibilizados da América Latina foi a grande motivação na organização deste livro. Não temos a pretensão de nos tornarmos universais, a exemplo da Europa, mas desejamos que o universal seja a diversidade e a diferença, os muitos universais que já existiam e continuarão existindo e resistindo ao pensamento colonial, ao racismo epistêmico e aos outros racismos que negam a vida.

Decolonizar o pensamento significa que enquanto pensamos vamos nos fazendo, não é um pensamento para ser aplicado, mas um modo de ir produzindo movimentos solidários e dialógicos com o outro. Portanto, a decolonialidade não é um método, “sino una vía, un camino para hacernos en búsqueda de formas de vivir y de gobernar(nos) en las que no vivamos para trabajar/producir/consumir, sino que trabajemos para con-vivir” (Mignolo, 2014a, p. 8).

Propomos, neste livro, trazer algumas reflexões que possibilitem pensar de outro modo a partir do lugar que estamos, a partir de outras temporalidades e territorialidades (que envolvem as diferentes águas). Assim, as reflexões dos

diferentes lugares do Brasil, da Nicarágua, do Chile, da Colômbia, Venezuela, Panamá, Guatemala é um modo de produzirmos uma epistemología dos lugares, onde o universal é pensar de modo pluriversal.

Referências

- Adichie, C. (2019). *O perigo da história única*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Añón, V. (2021). Colonialidade. Colombi, B. *Diccionario de términos críticos de la literatura y la cultura en América Latina*. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-813-030-9
- Borsani, M. E. (2021). *Rutas Decoloniales*. Buenos Aires: Del Signo.
- Calvino, I. (2019). *Seis propostas para o próximo milênio: lições americanas*. 3ª edição. São Paulo: Companhia das Letras.
- Dabashi, H. (2018). Podemos pensar los no-europeus? In: Giuliano, F. *Podemos pensar los no-europeus? Ética decolonial y geopolíticas del conocer*. Buenos Aires: Del Signo.
- Descola, F. (2016). *Outras naturezas, outras culturas*. São Paulo: Editora 34.
- Dussel, E. (1995). *Filosofia da Libertação: crítica à ideologia da exclusão*. São Paulo: Paulus.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Giuliano, F. (2018). La pregunta que luego estamos si(gui)endo: manifestaciones de una cuestión ética-geopolítica. In: *Podemos pensar los no-europeus? Ética decolonial y geopolíticas del conocer*. Buenos Aires: Del Signo.
- Krenak, Ailton. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Mignolo, W. (2018). Prefácio. Sí. Podemos. In: Giuliano, F. *Podemos pensar los no-europeus? Ética decolonial y geopolíticas del conocer*. Buenos Aires: Del Signo.
- Mignolo, W. (2014a). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidade, lógica de la colonialidade y gramática de la descolonialidade*. 2 ed. Buenos Aires: Del Signo.
- Mignolo, W. (2014b). Prefácio a la Primera Edición. In: Walsh, C., Mignolo, W., & Linera, A. G. *Interculturalidade, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires: Del Signo.
- Mills, C. (2023). *O contrato racial*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quijano, A. (2005). “Colonialidade do poder, eurocetrismo e América Latina”. Lander, E. (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Quijano, A. (2019). Que tal raza! In: *Ensaíos em torno de la colonialidade del poder*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

- Quijano, A. (2019b). *Colonialidad y modernidade-racionalidad*. In: *Ensaio em torno de la colonialidade del poder*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Schweickardt, J. C. (2011). *Ciência, Nação e Região: As doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Schweickardt, J. C & Barreto, J. P. (2023) Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. In: Schweickardt, J. C & Barreto, J. P. *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023, 197 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 25).
- Sodré, M. (2023). *O Fascismo da Cor: uma radiografia do racismo nacional*. Petrópolis: Vozes.
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. *Visão Global*, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, p. 61-74, jan./dez.
- Walsh, C. (2014). Interculturalidad y colonialidad del poder: un pensamiento y posicionamento outro desde la diferencia colonial. In: Walsh, C., Mignolo, W., & Linera, A. G. *Interculturalidade, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires: Del Signo.
- Walsh, C. (2017). *Pedagogias decoloniais: práticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. Tomo I. Equador: Editora Abya-Yala.



La decolonialidad en las políticas de salud en Centroamérica: un análisis reflexivo

Alexandre Florencio
Alcindo Antônio Ferla

Introducción

Las políticas de salud están intrínsecamente influenciadas por los paradigmas epistemológicos predominantes en la ciencia, los cuales tienen una dimensión histórica y social. Durante mucho tiempo, los discursos y prácticas hegemónicas en este campo han sido moldeados por el paradigma positivista, bien representado en la salud pelo enfoque de la medicina occidental moderna (biomedicina), que refuerza el concepto del "cuerpo colonial". Este paradigma ha invisibilizado a la resistencia epistémica y a los movimientos decoloniales, manteniendo un enfoque que perpetúa la marginación de saberes alternativos, así como preservar la violencia contra la diversidad local y los prejuicios arraigados en el poder colonial.

Las teorías y prácticas convencionales en salud se basan en supuestos ontológicos y epistemológicos alineados con estos paradigmas dominantes. Esto implica que, si no se trasciende este enfoque, se perpetúa el eurocentrismo y se sostiene al modelo blanco-occidental como la episteme hegemónica. En este sentido, Luz (2023) demostró que el modelo de pensamiento sanitario predominante en las sociedades occidentales no solo configura la atención médica, sino que también predomina en las políticas de salud pública y en las instituciones gubernamentales. Luz denominó este fenómeno como "racionalidad biomédica" y "instituciones médicas", aludiendo a la colonización del pensamiento biomédico en la formulación y ejecución de políticas sanitarias.

Martínez Andrade (2011, p. 4) señala que "la colonialidad, la modernidad y el capitalismo son fenómenos entrelazados que han configurado diversas relaciones de dominación, mecanismos de control y patrones de explotación a favor de las élites". Desmantelar esta estructura demanda un reencuentro entre las ciencias sociales y otras formas de conocimiento, lo que abre espacio a nuevos enfoques emancipatorios. En síntesis, se requiere un entrecruzamiento teórico, metodológico y político que revalorice aquellos elementos que el modelo científico hegemónico ha

excluido y etiquetado como "no científicos", tales como el sentido común y las humanidades. También en aspectos asociados a él y que lo mantienen, como los valores de las labores, de las jerarquías de género y raza, en fin, de lo que se considera central o periférico en la vida cotidiana.

El tiempo actual no es el de triunfo absoluto de la medicina moderna, como fue en los últimos tres siglos. Al contrario, es una época en la que dicho modelo ha perdido gran parte de su capacidad de explicar satisfactoriamente los fenómenos relacionados con la salud y los itinerarios asistenciales de las personas. Cada vez más, los problemas que movilizan los sistemas sanitarios son complejos, en el sentido de tener un origen asociado a varios factores que se combinan de acuerdo con condiciones locales y se reproducen según lógicas translocales, o sea, de alguna forma más transdisciplinarios de que el conocimiento disciplinar que aun sustentan las prácticas profesionales y la formación de los profesionales (Ferla; Florencio; Rivas, 2003). También, producidos en gran medida por situaciones que están ocultas por lógicas coloniales del conocimiento y de los valores naturalizados en las sociedades blancas y urbanas. Por eso, es crucial ampliar nuestros horizontes epistemológicos, reconociendo la diversidad de saberes y formas de conocimiento que existen en el mundo. Necesitamos romper con la visión eurocéntrica que ha prevalecido en la ciencia y dar paso a enfoques más inclusivos y respetuosos de otras culturas y perspectivas.

En este proceso, los saberes locales juegan un papel fundamental, ya que configuran racionalidades propias para comprender y producir salud en distintos territorios, y no están sometidos a la simplificación y fragmentación disciplinarias típicas de la racionalidad actual. La decolonialidad y la resistencia epistémica son herramientas clave para impulsar esta transformación. No se trata de negar la eficacia del saber occidental moderno para comprender y resolver las cuestiones sencillas de la vida o los problemas bien estructurados, sino de subrayar la necesidad de redescubrir las características del saber ancestral y de los saberes tradicionales, que residen en los territorios. Es necesario cuestionar los fundamentos y supuestos sobre los que se construyen las políticas de salud, buscando alternativas que no reproduzcan las estructuras de dominación y exclusión.

La participación de comunidades marginalizadas y grupos históricamente silenciados en la toma de decisiones es esencial para que sus necesidades y perspectivas sean consideradas. Solo así se puede avanzar hacia políticas de salud más inclusivas y equitativas incluso para problemas pendientes de solución en los territorios más desarrollados. La participación es un elemento clave para el protagonismo, la autonomía y la (co)responsabilidad para el cuidado y para las

formas organizativas de las políticas públicas en cada localidad. Es imperativo promover la investigación y el desarrollo de teorías y prácticas que desafíen los paradigmas dominantes y que abran las puertas a nuevas formas de entender y abordar la salud, como la medicina tradicional, la medicina indígena y las prácticas ancestrales, que con frecuencia son relegadas en el ámbito de la salud pública.

Finalmente, la transformación de las políticas de salud requiere un cambio profundo en los paradigmas epistemológicos que las sustentan. Debemos superar el positivismo y el eurocentrismo, abriéndonos a formas de entender la salud basadas en la diversidad, la inclusión y el respeto a todas las culturas y formas de conocimiento. Solo de esta manera se podrán construir políticas de salud verdaderamente transformadoras y justas para todos.

Lo que parece una paradoja es un buen camino para seguir: sumergirse en los territorios locales, buscando comprender las relaciones entre las personas, el medio ambiente, los recursos y las formas de producir salud es también un poder para entender los fenómenos globales, que muestran interacciones locales-locales más densas de lo que se pensaba. Por otro lado, también es una forma que parece adecuada para entender cómo se actualizan la violencia, la desinformación y la exposición evitable a factores de enfermedad; las formas en que se vive la vida, como afirmación general. De este modo, se pueden engendrar nuevas formas de activar la salud y formas constructivas de resistir para las personas y las colectividades y, por lo tanto, también para llevar a cabo acciones y servicios de salud en los diferentes componentes de la atención.

Más allá del pensamiento global

En los países de la región centroamericana, las políticas en salud y educación, así como las dinámicas de los movimientos sociales, siguen basándose en ideales de libertad y equidad. Sin embargo, estas luchas están atravesadas por la colonialidad, y se sostienen sobre epistemes determinadas por regulaciones internacionales que, en primer lugar, rigen las políticas de salud, norman los valores y establecen los fines a alcanzar.

La interpretación de estas políticas, muchas veces orientada por actores externos que pueden colonizar las perspectivas de los actores internos, transforma a estos últimos en simples replicadores de discursos ajenos, regulados por intereses particulares. Este proceso inhibe o suprime otros modos de "pensar" o "saber", que emergen desde el corazón de los movimientos sociales, de la historia de los pueblos y de las comunidades de Centroamérica. Además, limita la libertad de elegir entre la adopción de sistemas occidentales o la búsqueda de alternativas propias, lo que

conduce a enfrentamientos con procesos de resistencia epistémica, los cuales también están condicionados por proyectos e intereses específicos. El colonialismo, en esencia, es siempre una relación de dominación y dependencia y suele expresarse en la capacidad de evaluar las redes de interés y las necesidades sanitarias de cada territorio. Consumir productos y pensamientos de salud parece ser el papel que desempeñan muchos sistemas sanitarios locales. Esto pone de relieve la importancia de las redes de intereses locales que producen vínculos internacionales entre personas y grupos que buscan romper con lógicas que no dialogan con sus intereses o ideales. Un buen ejemplo podría ser la atención al embarazo, parto y puerperio, donde existe una conocida lógica de medicalización irrestricta, que oculta las prácticas de las parteras tradicionales, por ejemplo, que pueden ofrecer acciones más capaces de fortalecer la autonomía de las personas embarazadas durante el parto y reforzar el vínculo de la atención durante el puerperio.

Las políticas de salud representan uno de los ejes de desarrollo que capturan la centralidad que ha adquirido la bios-tecnos-econos como forma específica de biopoder en el marco de los procesos de globalización (López, 2014). Uno de los principales enfoques impulsados dentro de las políticas de salud es el de la Atención Primaria en Salud (APS), promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este enfoque actualiza corrientes teóricas previas sobre políticas sociales democráticas, que combinan postulados del liberalismo económico y el determinismo biológico de la fisiocracia, enmarcados en teorías políticas del siglo XVIII, como la teoría del origen divino del Estado, vinculada a la escuela neoliberal. El término «atención primaria de salud» puede significar diversas combinaciones de políticas de salud y formas de acceso a los servicios, desde enfoques economicistas y racionalizadores que buscan universalizar la oferta de soluciones más económicas y que naturalizan las acciones más costosas para la mediación monetaria de los usuarios, hasta enfoques más integralistas que presionan a las políticas públicas para garantizar el acceso universal a las acciones y servicios que necesita cada persona o grupo social. El enlace de los cuidados oficiales e tradicionales también pueden representar solo una perspectiva asistencial de bajo costo para ciertos grupos o una estrategia para alargar el protagonismo local.

La continuidad de algunos de estos enfoques no afecta significativamente las teorías del Estado, ya que, tras el salto fundamental de la Revolución Burguesa, las políticas sociales se consolidaron a través de un tomismo exacerbado que no altera los principios generales del ius-nacionalismo, basado en la competencia estatal por áreas de control. El caso de las políticas sanitarias es ejemplar, ya que las

decisiones de los países dependen a menudo de las directrices de organismos especializados que mantienen fuertes vínculos con ideas y organizaciones internacionales, que apoyan a los gestores y organizaciones gubernamentales con estrategias y tecnologías globalizadas que, sin embargo, necesitan acercarse a la realidad de los países, generando una tensa conexión entre lo local y lo global.

Aunque desde mediados del siglo XIX el Estado neoliberal ha tratado de homogeneizar las instituciones, las coordinadas temporales y geopolíticas de los países centroamericanos y del Caribe son diversas. Por tanto, la lucha por la definición de la nación y el Estado en el continente americano se desarrolló en contextos particulares, sirviendo a diferentes agentes. Algunos historiadores han señalado que la independencia americana se fraguó bajo la doble dialéctica de la emergencia de Europa, que implosionaba creando nuevas realidades, y el fenómeno cosmogónico de la desintegración del lente cristiano. La lucha por el liberalismo no fue unívoca ni siguió una cronología militar lineal; más bien, se configuró a partir de una diversidad de planes y liderazgos eclécticos, contingentes y variables. De esta forma, el proceso de conformación del Estado neoliberal en América no fue armónico y lineal, generando un mestizaje geopolítico, con diferencias diacrónicas y sincrónicas entre lo público y lo privado, y variaciones territoriales debidas a la diferente inserción de las regiones en el mercado mundial. A pesar de ello, a menudo se ignoran estas diversidades a la hora de proponer alternativas para resolver problemas locales o regionales, o incluso los intereses de otros países que se proyectan sobre territorios nacionales de la Región.

Un ejemplo de esto es el proceso de conformación del Mercado Común Centroamericano (MCCA) después de la Segunda Guerra Mundial, que no fue uniforme para todos los países. Aunque en los cinco países centroamericanos se observó un relativo despegue económico gracias a la sustitución de importaciones, este proceso fue desigual. Esto se debió, en gran medida, a las luchas sociopolíticas internas, donde las clases sociales y grupos competían por articular estas realidades para mantener un sistema de dominación interna y externa. En el contexto de la descolonización de África y Asia, y como parte de la Guerra Fría, las estrategias de desarrollo impulsadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se consideraron insuficientes, lo que llevó a los gobiernos a redefinir sus políticas nacionales de desarrollo. Así, Centroamérica y el Caribe, junto con otras áreas periféricas, iniciaron una nueva fase de integración latinoamericana, marcada por la creación del MCCA, reconociendo la relevancia geopolítica de la región en la Guerra Fría.

Según la CEPAL (1994) la situación de los servicios de salud en Centroamérica a inicios de la década de 1990 era crítica, con aproximadamente un tercio de la población, más de 12 millones de personas, sin acceso permanente a estos servicios. A esto se suma la proyección de que otros 10 millones requerirían atención básica en la década siguiente, lo que representaba un desafío monumental para los sistemas de salud de la región, que debían duplicar su capacidad de atención en tan solo diez años.

La heterogeneidad de los sistemas de salud en los países del Istmo está profundamente ligada a sus niveles de desarrollo socioeconómico y a las limitaciones de sus finanzas públicas.

En este contexto, los sistemas de salud y seguridad social enfrentaban críticas por su centralismo, burocratismo y baja eficiencia, acentuados por el deterioro económico de la década anterior. Los esfuerzos de reforma del Estado buscaban liberar fondos públicos, fomentar la participación del sector privado, las ONG y, especialmente, la comunidad receptora de los servicios. Entre las medidas adoptadas se priorizaba la atención a grupos vulnerables, promoviendo la descentralización y la participación comunitaria en la prestación de servicios. Además, la recuperación parcial de costos, la subcontratación de servicios privados y la privatización empezaban a formar parte de las políticas de salud en diversos grados. Conviene recordar que los modelos de expansión de los servicios, sobre todo en los sistemas sanitarios oficiales, han ignorado muy a menudo los conocimientos locales. El concepto predominante de atención primaria ha sido el de una atención de baja tecnología y bajo coste, que se beneficia de la escala de acceso en los territorios, lo que también tiene el efecto de producir un concepto de salud: un equilibrio de las funciones vitales, con una noción muy fuerte de normalidad orgánica y una jerarquía nosológica, donde prevalece la clasificación biomédica. En este modelo, se concede poca importancia al concepto de salud y asistencia en los territorios, que siempre está inmerso en aspectos culturales, en la relación con el entorno natural y las prácticas tradicionales, con un alto valor simbólico y de suficiencia local.

De toda forma, la inequidad en el acceso a la salud en los países de la Región se manifestaba como una violación del derecho a la vida, reflejada en las elevadas tasas de mortalidad infantil, muchas de las cuales eran evitables a bajo costo. Estas muertes, asociadas a la desnutrición, dejaban secuelas permanentes en quienes sobrevivían. Desde una perspectiva ética, todo ciudadano merece un mínimo de atención sanitaria, especialmente en los primeros años de vida, como un requisito básico de equidad. Solo el Estado, a través de su función redistributiva, puede

garantizar este derecho, y la cobertura de los servicios básicos depende tanto del nivel de ingresos del país como de su orientación social.

En países donde el sistema de salud ofrece un paquete amplio de servicios a la población, se observan mayores niveles de equidad, solidaridad social y redistribución de recursos. Por ello, las políticas de combate a la pobreza deben centrarse en componentes clave como la salud, nutrición y saneamiento, donde los fondos de inversión social juegan un papel crucial en un marco de descentralización. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) son una expresión de esta estrategia, al integrar la participación activa y democrática de la comunidad.

A partir de esta reflexión, se busca poner en evidencia el desfase en el campo de la salud, con el fin de que la sociedad civil comprenda que debe tomar el control de su propio destino para llevar a cabo procesos de decolonización en este ámbito crucial. La decolonización del conocimiento y del poder es fundamental para liberar a las sociedades de la dependencia perpetua que los países periféricos mantienen con los países "centrales" o "desarrollados", especialmente en el ámbito de la salud.

Este análisis, basado en escenarios sanitarios, tiene como objetivo visibilizar la dependencia estructural en el ámbito de la Salud Pública y ofrecer alternativas que permitan superar este fenómeno.

Pensamiento global y efecto local en Centroamérica

Al reflexionar sobre la divergencia epistémica que surge alrededor del papel del mercado en los primeros periodos sanitarios que emergieron en Centroamérica, es imperativo abordar el ámbito de la salud global, donde encontramos que el concepto mismo de "mercado" va mutando conforme evoluciona los escenarios epistémico, político, social, bien como su efecto local.

Los momentos históricos al airear el modelo liberador, cobra vigencia el papel protagónico del individuo y su capacidad para tomar decisiones autónomas acerca de su vida. A partir de este, paulatinamente cobra fuerza un concepto de derechos y obligaciones humanos. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el escenario cambia con la conformación de un sistema Estado-Nación que se convierte en el agente principal de los derechos de la ciudadanía.

De ahí en adelante, el concepto de ciudadanía se asocia con la adscripción a un Estado-Nación y un consenso causal del contrato social según el cual los individuos renunciaron a todo o parte de sus derechos y asumieron obligaciones a fin de disfrutar de los primeros. Conceptualmente, desaparecen los derechos y obligaciones comunales, corporativos y/o estamentales. A la par del Estado-Nación, surgen en el ámbito de las relaciones internacionales otros agentes denominados

trans-Estado que con el paso del tiempo proporcionalmente incrementaron su importancia. Entre estos destacan ciertos organismos internacionales, el capital transnacional y grupos de poder. Así, en la medida que el escenario global fue tomando forma actual, la membresía al nuevo concepto de "comunidad internacional" sumada a ciertos derechos inherentes y a la admisión en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se vuelven necesarios, pero históricamente insuficientes.

El escenario sanitario en los países de Centroamérica se caracteriza por una combinación de **enfermedades transmisibles y no transmisibles** que imponen una carga significativa sobre los sistemas de salud. Las **enfermedades transmisibles**, como el dengue, la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis, continúan siendo prevalentes, especialmente en áreas rurales y entre poblaciones vulnerables. Estas enfermedades están influenciadas por factores como el cambio climático, la falta de acceso a servicios de salud y la migración. En respuesta, las políticas públicas deben fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica y control de vectores, así como mejorar la cobertura de tratamiento y prevención.

Por otro lado, las **enfermedades no transmisibles** (ENT), como las **enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas** y el **cáncer**, se han convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la región. Estas ENT están fuertemente vinculadas a los cambios en los estilos de vida, como el aumento del consumo de alimentos poco saludables, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol y tabaco. Las políticas públicas deben enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención temprana de estas condiciones, además de mejorar el acceso a atención especializada para su tratamiento.

A pesar de ciertas mejoras en la prestación de servicios, como el acceso a medicamentos, los sistemas de salud siguen enfrentando desigualdades en la distribución de recursos, lo que perpetúa la pobreza. Este contexto demanda la formulación de nuevos modelos de acceso universal a la salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud en la subregión centroamericana.

En Centroamérica, el gasto de bolsillo con salud es alto y, al mismo tiempo, el acceso a los servicios es inequitativo, generando una presión asistencial sobre los profesionales de salud de forma creciente. Según los componentes esenciales del sistema, no siempre los tratamientos indicados se recetan, y los medicamentos esenciales para su uso racional están disponibles. Debido al empobrecimiento de la población, el gasto de bolsillo tiende a crecer, y el incremento presupuestario no necesariamente conlleva una mejora en la eficacia y equidad de la financiación de

los servicios de salud, adoptándose prioridades institucionales que no aseguran un resultado finalmente saludable, la medicación efectuada contradice a la evidencia científica.

Las profundas dimensiones de la colonialidad del saber y del poder continúan influyendo en la formulación de políticas de salud en Centroamérica. A pesar de contar con marcos teóricos y metodológicos alternativos, la clase dominante no ha logrado interpretar y abordar adecuadamente los conflictos de salud que afectan a las fracciones subalternas de la sociedad. La transmedicina, caracterizada por la biomedicina, la medicina laboral y previsional, ha excluido sistemáticamente a los grupos periféricos y marginalizados, lo que ha perpetuado su subhegemonía en el ámbito de la salud pública.

La crisis del sistema sanitario también ha afectado al proyecto del Estado de bienestar, generando una distensión hegemónica. El proyecto de Modernidad-Colonialidad, centrado en la racionalización extrema y la fragmentación ontológica, ha consolidado una visión del mundo que busca explotar y perfeccionar lo conocido, sin incorporar las realidades diversas de los pueblos originarios y otras comunidades subalternas (Lander, 2000). El programa sanitario dominante ha dejado de lado las complejidades epistemológicas y culturales de estas poblaciones. Como resultado, la biomedicina estatal, con su autoridad basada en un conocimiento superficial, ha reproducido modelos de dominación que excluyen a quienes no se ajustan a su paradigma.

En este contexto, la descolonización de la salud es crucial. Implica cuestionar las definiciones unívocas de salud, sostenidas por los sistemas neocoloniales, y reconocer la diversidad conceptual en torno al "hacer salud". Esto requiere un enfoque que fomente el diálogo intercultural de saberes, avanzando hacia políticas de salud más inclusivas y multiculturales, basadas en el paradigma del Buen Vivir.

El diálogo de saberes debería guiar la elaboración de políticas de salud tanto a nivel nacional como supranacional. Este diálogo debe incluir consideraciones sociopolíticas, culturales y económicas, y atender la complejidad de los fenómenos transnacionales. Es necesario reconocer cómo la biomedicina estatal ha impuesto su autoridad sin un verdadero entendimiento de las realidades locales, replicando modelos de dominación y exclusión. Se debería establecer este diálogo en el ámbito regional, y desde una perspectiva de Salud Global afrontar el diálogo en un sentido más general, incluyendo consideraciones psicopolíticas, político-culturales y económicas y tomar en cuenta como algunos autores plantean la necesidad de afirmar la complejidad de los fenómenos transnacionales. Todos estos desafíos de fondo evocación el respecto de un conocimiento epistemológico de cómo se domina

(y se manifiesta de diferentes formas) la población inmigrante en base a un conocimiento de la población nativa. En esta lógica si era evidente que la biomedicina estatal, por ejemplo, del Norte, asumía su autoridad en base al muy superficial conocimiento de la vida de su población. La conquista de otros castizos era el modelo civilizatorio por extender emulando en sus ejércitos y flotas una piratería (y polémica en origen) que se amalgamó con el derecho de conquista: saber (dominar) a través del conocido de otros.

Reflexiones finales...

El análisis crítico de la salud en el último siglo se ha caracterizado por rupturas analíticas en torno al objeto de conocimiento y en su relación con las prácticas. Para los países de Centroamérica, la instauración de políticas neoliberales en la región, a partir del fin de los conflictos armados y la firma de acuerdos de paz en los años noventa, ha se consolidado en torno de una lógica hegemónica. En este contexto, las políticas sanitarias adoptadas en dichos países replican los postulados internacionales, centradas en la acción en salud desde una perspectiva predominantemente biológica y clínicamente dominante, jerarquizando acciones y niveles de acceso en torno de ideas racionalizadoras. Este enfoque deja de lado un abordaje interdisciplinario que incluya enfoques psicosociales y promueva la participación ciudadana.

El enfoque decolonial en salud, que reconoce las epistemologías del sur, se plantea como una alternativa novedosa para analizar e intervenir en la realidad sanitaria, particularmente en América Latina. La propuesta de descolonización en salud se centra en analizar, comprender, deconstruir y desmontar el pensamiento colonial, y dar visibilidad a los conocimientos y prácticas locales y aumentar la capacidad de inmersión en los territorios para identificar modelos de trabajo compatibles con los aspectos sanitarios y culturales. No se trata de negar los avances de la ciencia y las tecnologías sanitarias, sino de desnaturalizar su condición de único enfoque suficiente. Hay que preguntarse qué formas de diálogo pueden entablarse con los conocimientos locales y qué consecuencias imponen las «nuevas» tecnologías biomédicas a las culturas, los sistemas de conocimientos y las prácticas locales, así como a la autonomía y la independencia de los grupos.

Las iniciativas de descolonización surgen como una respuesta a la necesidad de resistir y superar las imposiciones coloniales. Este proceso implica rechazar la adopción de conceptos e indicadores de salud derivados del pensamiento colonial, los cuales deben ser revisados críticamente para evitar su uso inadecuado. Las diversidades étnicas, culturales y medioambientales de los países centroamericanos

exigen ajustes sustanciales de los modelos de práctica. El diálogo de saberes, el reconocimiento de la diversidad como tal (y no simplemente como diferencia o desigualdad) y la comprensión de la salud en sus amplias y complejas dimensiones apuntan a la necesidad de aprendizaje en el territorio.

El proceso de desmontaje de las estructuras coloniales en salud se articula en dos etapas fundamentales: primero, el desaprendizaje de las herencias teóricas propias de la lógica del colonialismo moderno; y segundo, el aprendizaje de nuevas reglas que permitan reconfigurar la lógica colonial que sostiene los esquemas de violencia ontológica, epistémica y ética impuestos como normatividades universales.

En este sentido, es importante destacar que los planes de trabajo propuestos para combatir la Covid-19 en la región demostraron-se insuficientes y requieren mejoras significativas para novas emergencias sanitarias. Entre los aspectos que deben ser fortalecidos se encuentran la reducción de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, el aumento en el acceso y cobertura de agua y saneamiento, el fortalecimiento de los servicios de salud pública y redes de laboratorios, el mantenimiento de equipamiento e infraestructura hospitalaria en condiciones óptimas, la mejora en la notificación e investigación oportuna de brotes, y la rápida aplicación de conocimientos científicos emergentes.

Sin embargo, persisten discursos vinculados al colonialismo que perpetúan concepciones legitimadoras, las cuales obstaculizan el desarrollo de una cultura de diálogo y articulación dialógica en las políticas de salud entre los países, redes y organismos de cooperación. Estos discursos se sustentan en tres supuestos principales: 1) la infalibilidad de la ciencia, expresada en la medicina científica y el paradigma alimentario tecnocientífico, que promueve la utopía de la tecnología moderna; 2) la creencia en la superioridad cultural y civilizatoria de actores externos, que imponen políticas económicas detrás de las iniciativas nutricionales y alimentarias; y 3) la reducción de los alimentos "nutricionalmente deseables" a sus componentes o nutrientes, estableciendo un modelo nutricional restrictivo basado en la medicina científica industrial.

Este análisis subraya los desafíos y aportes que conlleva la adopción de una perspectiva decolonial en la investigación crítica y en el desarrollo de políticas de salud. En primer lugar, implica desarrollar una postura ética que se aleje de la noción ingenua de una ciencia objetiva. Esto conlleva reconocer nuestra posición social como investigadores y admitir que, como parte de la sociedad, compartimos intereses que pueden influir en nuestras prácticas científicas. Fomentar los estudios locales, por ejemplo, como base para evaluar proyectos y programas, en una lógica de evaluación ascendente, es una postura epistémica favorable, ya que rompe la

dependencia y amplía la lógica de la ciencia, ampliando las pruebas para el pensamiento científico y para informar las políticas.

En segundo lugar, se reconoce que la investigación y la acción en salud son actividades inherentemente políticas. Por lo tanto, es fundamental explicitar estas dinámicas y trabajar en equipos multidisciplinarios que aborden los problemas desde una perspectiva inclusiva y diversa. Además, es crucial tener en cuenta que las políticas públicas y programas implementados en la región han afectado de manera directa y diferenciada a las poblaciones indígenas, lo que ha perpetuado la discriminación y exacerbado las desigualdades en salud.

Entre las referencias teóricas más influyentes en este campo, destaca el trabajo de Paulo Freire, cuyo proyecto pedagógico plantea la superación de la deshumanización y la dependencia a través de la educación liberadora. Freire propone una pedagogía crítica que permita a los individuos conocer su realidad, cuestionarla y actuar para transformarla, promoviendo el diálogo y el aprendizaje colectivo como herramientas para la emancipación social. La cooperación multilateral se expresaría de manera menos colonial si asumiera una perspectiva de aprendizaje compartido, convirtiendo el objeto de la cooperación y su evaluación en actividades de interés mutuo. Será necesario superar la lógica financiera, donde el donante se convierte automáticamente en la referencia política y operativa. Los valores de la libertad y la equidad se renuevan con la idea de solidaridad entre los pueblos e instituciones, en la que la lógica de que la globalización económica sea sustituida por la responsabilidad translocal.

En el ámbito de las ciencias de la salud, se ha empezado a reconocer la influencia de factores que van más allá de la biología humana, los denominados determinantes sociales de la salud. Además, algunos estudios señalan la importancia de los "determinantes de los determinantes", como los factores transculturales, políticos y sociales que condicionan la participación comunitaria y la organización de los sistemas de salud. Sin embargo, no podemos olvidar de incluir los marcadores de raza/color, género, clase social y la concepción de territorio.

Finalmente, es importante mencionar que las representaciones del mundo construidas por los individuos tienen un impacto significativo en la realidad. Estas representaciones no siempre reflejan la verdad, pero son productoras de sentido y pueden ser utilizadas para legitimar o deslegitimar ciertas prácticas y políticas. Desde una perspectiva gramsciana, es crucial analizar las dinámicas de hegemonía y contrahegemonía en la producción de conocimiento y en la formulación de políticas de salud, especialmente en contextos marcados por la colonialidad.

Este análisis resalta la relevancia del enfoque decolonial en salud como una herramienta crítica para cuestionar y transformar las políticas sanitarias en América Latina. Al desafiar las estructuras coloniales de poder, se abre un espacio para la construcción de sistemas de salud más equitativos, participativos y sensibles a las realidades socioculturales de la región.

Referencias

- CEPAL. (1994). Salud, equidad y capital humano en el istmo centroamericano. *Comisión Económica para Latinoamérica*. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/4e1da1cb-f9cb-4828-8c89-f1bfeb951bae>
- Ferla, A.A., Florencio, A.R. & Rivas, E. Complejidad del trabajo en salud, transdisciplinariedad y sistematización del conocimiento a partir de la experiencia: cuestiones para la educación permanente en salud. En: Ceccim, R.B.; Ferla, A.A. & Florencio, A.R.. (Org.). *Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas*. 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Managua: OPS/OMS – Nicaragua; Managua: UNICA, 2023. 161 p. (Serie Salud & Centroamérica, v.1). Disponible en: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacion-permanente-y-desarrollo-del-trabajo-en-salud-epistemologia-trayectos-y-practicas/>
- Lander, E. (Comp.) (2000). *Colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO. <http://biblioteca.cavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>
- Lopez, C. (2014). La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. El banquete de los dioses. *Revista de filosofía y teoría política contemporáneas*, 111-137, 1, 1 nov 2013-may 2014. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/2014_0702044644/09_lopez.pdf
- Luz, M. T. (Org.). (2023). Racionalidades e instituciones médicas: aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Managua: OPS/OMS – Nicaragua; Managua: UNICA. 253 p. (Serie Salud & Centroamérica, v.2). ISBN: 978-65-5462-057-4. DOI: 10.18310/9786554620574. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/racionalidades-e-instituciones-medicas-aportes-teoricos-y-metodologicos-a-la-investigacion-y-el-pensamiento-en-salud-colectiva/>
- Martínez Andrade, L. (2011). Colonialidad del poder: El grillete de nuestra historia. *Revista Temas*, (65), 4-13.



Lo decolonial en la participación en salud: un desafío ante la tecno burocracia sanitaria global

Carlos Güida Leskevicius

Introducción

Desde hace tres décadas hemos intentado comprender las dimensiones de *lo comunitario* en salud, a partir de espacios que promueven la participación, fundamentalmente desde políticas sanitarias en América latina. La comunidad y/o el pueblo influyen en las políticas públicas no sólo abriéndolas a la participación, sino también configurando el alcance de las políticas, su cobertura y el tipo de respuestas que ofrecen a las personas y grupos de una zona determinada. No se trata sólo de la retórica de la mayor implicación de las personas, como expresión de una gobernanza ampliada, sino sobre todo de la configuración real de las políticas, si éstas se limitan a reproducir la retórica participativa o si la participación tiene la capacidad de interferir en la enunciación y apertura a las lógicas de los grupos participantes. En ese sentido, hemos reflexionado sobre el significado de la participación sea entendida como ciudadana, social o comunitaria. Habiendo participado en diversos programas y proyectos de cooperación internacional, en universidades y en ministerios de salud, hemos ido aprendiendo en torno a los significados de la participación en salud tanto para las instituciones que la promueven como de los colectivos que son convocados y/o que se organizan en torno a la necesidad de ser parte, formar parte y sentirse parte.

En ocasiones, son esos hechos de la vida cotidiana – y no sólo la lectura documentos especializados en la temática o en la escucha de destacados conferencistas – lo que puede aperturar a otras formas de comprender los alcances de la participación en salud. Y esto que surge en escenarios de lo micro, puede irse tornando cada vez más valioso para pensar lo macro, de acuerdo con nuestra experiencia.

El breve relato de un acontecimiento en el año 1996, mientras me desempeñaba como médico becario de un programa de la Facultad de Medicina¹, puede ejemplificar esta reflexión. Una mañana, en mi actuar en la Policlínica San

¹ De Universidad de la República de Uruguay y la Intendencia Municipal de Montevideo.

Vicente del barrio Plácido Ellauri de Montevideo², fui partícipe de un intercambio entre una médica coordinadora y una vecina encargada del cuidado del recinto de atención clínica. La vecina concurre para retirar unos medicamentos de un mueble de la policlínica, para hacerlos llegar a alguna familia del barrio. La médica le señaló que ello no era posible, pues ahora estaban en convenio con la municipalidad y que, por lo tanto, el retiro de los medicamentos estaba condicionado a la consulta con el médico y la prescripción correspondiente. Interpreté la decepción de la vecina: algo se había perdido, algo se había cedido a una institución externa en las prácticas de sociocuidado comunitario. Ambas personas tenían sus razones, pero indudablemente la policlínica, creada por el Padre Cacho y reinaugurada en este año 1996, ya no era la misma: los roles de las vecinas habían cambiado, y los micropoderes estaban modificando el lugar protagónico que se había ocupado durante años. Ahora, la policlínica era un espacio de atención municipal y por ello, debía adecuarse a la normativa del gobierno departamental.

Por años, estuve atento a situaciones similares y a reacciones disímiles por parte de representantes de las comunidades organizadas, que cedían al estado cierta autonomía a cambio de servicios que mejorarían las *prestaciones*. Por años también, interpreté estas situaciones como una cooptación de los gobiernos nacionales o locales sobre un esfuerzo inicial de los vecinos que habían logrado construir centros de atención barriales desde una militancia incansable, inclusive en tiempos de dictaduras. Estas modalidades de cooptación o de fagocitosis tecnoburocrática pude observarla cada vez con mayor intensidad desde la década de los 90: lo importante desde el estado consistía en cumplir las metas sanitarias a nivel de los servicios de salud, lo importante eran los resultados y el cumplimiento estricto de los protocolos. El trabajo vivo en salud no era tomado en cuenta y la atención era algo distinto al cuidado (Franco y Merhy, 2023).

En Chile, fue posible apreciar cierta lógica ingenieril en la gestión de la atención en salud, a inicios de la segunda década de este siglo. Ello tanto en el nivel administrativo como en la experiencia clínico – asistencial en el primer nivel de atención. Una lógica centrada en dispositivos burocráticos que dialogaban a través de informes y de oficios, donde lo trascendente resultaba cumplir objetivos y superarse año a año. El premio: la continuidad laboral, los bonos por productividad³, el reconocimiento de las autoridades. Podría realizar un enorme listado, que escapa a los fines de este ensayo.

² Perteneciente a la organización vecinal del mismo nombre y con el antecedente de la obra del Padre Cacho, como fue conocido el sacerdote Rubén Isidro Alonso.

³ Un claro ejemplo lo constituye el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) dependiente de la Dirección de Presupuestos de Chile. Referencia: <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-15230.html>

Las modalidades neocoloniales de promover la participación en salud

A partir de la propia participación en programas y proyectos, pude visualizar cómo los principios de las reformas en salud nacionales se encontraban enmarcadas en la rectoría sanitaria global, contando con un actor privilegiado: el Banco Mundial. El propio grupo de entidades que constituye el Banco Mundial ha reflexionado en la década pasada acerca de las modalidades de participación ciudadana que ha fomentado en sus proyectos (Institute of Development Studies, 2020). Siendo un actor relevante en la cooperación internacional, los cambios que la institución se propuso para dar otro sentido a la participación social donde aterrizan los proyectos ya han sido estudiados por otras entidades. El nuevo enfoque que del banco favorece una modalidad de consulta de carácter informativo, a los efectos de conocer las características y posibles resistencias de los supuestos beneficiarios y para considerar con la población – especialmente los menos favorecidos y vulnerables – la mitigación de los probables impactos negativos de cada proyecto que ya haya sido aprobado para un determinado país (Banco Mundial, 2020). Esto queda patente por ejemplo en una investigación de Accountability Research Center (ARC) de American University que se planteó responder al siguiente cuestionamiento: “¿Cómo y en qué medida cumple el Banco Mundial con los compromisos institucionales de incorporar la participación ciudadana en el diseño de los proyectos, la etapa inicial crítica del apoyo de los donantes?” a partir del análisis de 57 proyectos ejecutados en cuatro países entre 2015 -2017 y una de las duras conclusiones plantea que los proyectos rara vez detallan la existencia de recursos específicos para la participación ciudadana en el diseño de los mismos, siendo estas un conjunto de actividades desfinanciadas que compiten con otras prioridades (Institute of Development Studies, 2020).

Después de todo, es un banco o un conjunto de entidades financieras, y es desde la lógica vertical que favorece un grado de participación tolerable. Este conjunto de instituciones nominadas Banco Mundial, habitual aliada de la OMS y otras agencias, fue la que impulsó la atención primaria selectiva a principio de los 80, el proceso de municipalización de la salud en los países menos favorecidos en los años 90 en el marco del estado mínimo, y luego en la modernización del estado y la gerencia del riesgo social (Laurell, 2010), así como las reformas de los sistemas nacionales de salud en la primer década de este siglo para sumarse y liderar desde hace una década la cobertura universal de salud.

La alianza UHC2030, que impulsa la cobertura universal de salud, es un conjunto de países y de instituciones mayoritariamente financieras que se posiciona

para – según sus palabras – “acelerar el progreso sostenible hacia la cobertura sanitaria universal (CSU), centrándonos en la construcción de sistemas de salud equitativos y resilientes que no dejen a nadie atrás y que proporcionen las bases para lograr la seguridad sanitaria”. Siendo que los signatarios del Pacto Mundial tienen como uno de sus objetivos “hacer que los sistemas de salud sean asunto de todos, con la participación de los ciudadanos, las comunidades, la sociedad civil y el sector privado” (CSU2030, 2024).

Queda claro que la participación anhelada y propuesta se enfoca en fortalecer los sistemas de salud, fundamentalmente en los aspectos relacionados con la atención. Bien distante de la perspectiva original de Alma Ata, este tipo de participación lejos está de cuestionar el orden de las relaciones sociales y económicas, sino que propone invertir financieramente, informar a los beneficiarios o afectados, rendir cuentas de lo actuado y abrir las puertas al mercado de la salud. Esto se traduce luego en iniciativas de los países para impulsar cambios en el sistema de salud, aumentar la cobertura y supuestamente cumplir con la universalidad de la atención. A su vez, el propio Banco Mundial que fomenta los préstamos blandos será el encargado de monitorear el cumplimiento de las metas y obviamente, los compromisos financieros adquiridos.

En una conjunción de principios y estrategias que involucran diferentes aristas de las metas desarrollo sostenible que resultan de amplio consenso internacional, la participación vista desde las regiones que no alcanzan el desarrollo ni sostenible ni insostenible, queda reducida a la lógica del marco de los proyectos financieros. Luego, en cada país, la tecnoburocracia sanitaria (Iriart; Nervi; Olivier & Testa, 1994) estimulará determinados mecanismos participativos en el campo de la salud, acorde con los compromisos adquiridos. Y será llevada adelante – en la mayoría de los casos –, por profesionales bienintencionados con vocación de que algo se modifique, pero con las limitaciones propias de la lógica de proyectos internacionales. Es una participación colonizante en modalidad *soft power* la que, al ser vehiculizada también por sectores progresistas, genera confusión en las bases sociales que pretenden reformas sustantivas que mejoren la calidad de vida de familias y comunidades. De allí cierta confianza inicial en algunas comunidades ante las primeras convocatorias participativas, mientras que la duda o la franca desconfianza también se encuentra presente en otros representantes barriales. En consultas personales que he realizado en los últimos meses, constaté que la mayoría de los académicos relacionados con lo territorial y líderes barriales, desconocían el origen del proyecto P179785, préstamo al Programa para una

Cobertura de Salud Primaria Universal y Resiliente⁴. No dudo que las reformas conducentes a la cobertura universal de salud podrían ser exitosas en y los proyectos podrían ser considerados demostrativos para iniciar cambios estructurales, con presupuesto genuinos de los presupuestos nacionales. Pero ni un préstamo internacional logrará mágicamente una cobertura de largo plazo, sin que nadie quede atrás, así como una participación condicionada no operará en lograr transformaciones sociales orientadas a la igualdad y la equidad. Por supuesto que existe un margen para habilitar modalidades participativas para lograr reformas o consolidarlas e inclusive para transformaciones profundas hacia sistemas de salud nacionales con cobertura universal y con el derecho a la atención oportuna, de calidad y basada en el derecho a la salud consagrado en el ítem 25 de la Carta de los Derechos Humanos. Ahora bien, en los proyectos condicionados por la verticalidad y los préstamos, la participación será un medio para lograr los fines, pero no será una forma de satisfacer una necesidad humana fundamental como lo es la participación social y comunitaria, además de un derecho personal y colectivo ampliamente reconocido.

Un documento al que considero digno de un análisis más profundo que el que aquí hacemos es “Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar” (OPS, 2022). La relevancia se la otorgamos debido a sus concepciones acerca de la participación en salud y por lo relevante de los actores que se suman al mismo. Podemos constatar que menciona en 73 oportunidades al “bienestar”, pero que no lo define en ningún momento, ni siquiera en el glosario. Por otra parte, el director general de la OMS sostiene lo siguiente (OPS, 2022, p. 8):

Me motiva la convicción de que toda persona tiene derecho a la salud. Sin embargo, por lo menos la mitad de la población mundial no tiene acceso a los servicios de salud esenciales. El modelo de proveedor a usuario que está en el centro de los sistemas de salud debe complementarse con un modelo de autocuidado por medio del cual las personas puedan tomar decisiones fundadas para promover y mantener la salud, así como prevenir y hacer frente a la enfermedad y la discapacidad con o sin el apoyo de un profesional de la salud. Muchos problemas de salud ya se pueden diagnosticar y atender mediante intervenciones de autocuidado, y cada vez son más.

Este argumento devela el fracaso de la utopía de la Salud para Todos en el año 2000, propuesto por el director de la Organización Mundial de la Salud, Halfdan Theodor Mahler en 1975, previo a la Conferencia de Alma Ata. Y también de la meta 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y específicamente la meta 3.8 que consiste en lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el

⁴ Por más detalles, ver: <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P179785>

acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Para el actual director de la entidad rectora de la salud global, hay que *aggiornarse* a los nuevos tiempos: el modelo proveedor – usuario no resulta⁵. Esta deserción antes de llegar a la meta anhelada en 2030 le permite a la OMS generar una nueva estrategia, la cual es respaldada por un conjunto de académicos prestigiosos, así como de representantes de instituciones reconocidas.

Este autocuidado (o autoasistencia) difiere del concepto de autoatención que nos propone Eduardo Menéndez (2018), para quien existen conocimientos y saberes de microgrupos y de individuos, que toma de decisiones ante las dificultades en la accesibilidad (de todo tipo) a los centros de atención de salud, en el marco de sistemas de cuidado familiares y colectivos. Pues bien, queremos destacar que la lógica del documento de OMS tiene al menos dos aspectos a ser criticados: las nociones de autocuidado y todos los *autos* que se mencionan (automedicación, autoadministración, autogestión, automuestreo del VPH, autonomía) se dan en clave de responsabilidad de las personas por su estado de salud y recuperación ante la enfermedad. Es justamente una concepción de la ideología ultraliberal con respecto a la prevención, la atención en salud y el cuidado, en sintonía con las propuestas de la elección personal del estilo de vida, un concepto de la libertad individualísima.

En cambio, los humanos (así como otras especies) colaboramos en el cuidado de los otros. Y la particularidad de nuestra especie, que sumamos el estudio y la profesionalización para el cuidado, nos organizamos sistemas locales de cuidado, luchamos por sistemas de protección social y que forma parte de las plataformas de partidos políticos, de sindicatos y de la sociedad civil organizada.

A su vez, las formas comunitarias remiten al sociocuidado, las formas familiares y de proximidades afectivas remiten al intercuidado y el cocuidado. Las mujeres han sostenido durante siglos este trabajo no remunerado ni contabilizado por los presupuestos sanitarios y han cobrado visibilidad gracias a los estudios feministas, al menos en América latina. Nada de ello puede quedar incluido en un solo término: autocuidado.

Cabe recordar, además, las históricas batallas contra la automedicación en muchos países y la regulación que fueron surgiendo desde las autoridades sanitarias al respecto. En ese sentido, una nota de prensa (OPS, 2021) brindaba las conclusiones del Observatorio del Comportamiento de la Automedicación de la Universidad de Rosario, Argentina donde claramente se exponen los motivos de tal

⁵ Es interesante observar cómo el discurso transcurre en una misma frase desde el término “persona” al término “usuario” para luego retornar al término “persona”.

práctica y de las consecuencias negativas para ello. Es la deserción de la rectoría global en salud, en nombre de una cruda realidad actual y sin perspectivas de cambio. La salud para todos ya es una delegada responsabilidad a los miles de millones de individuos que paradójicamente no acceden a los servicios de salud pero que – ilusoriamente según el documento de OMS – aprenderán a autocuidarse a partir de propuestas como las señaladas en el informe.

Pero si pensamos bien, ¿hay algo novedoso aquí? Pues bien, podríamos decir que durante décadas se ha utilizado a las vecinas en el respaldo a centros de salud del primer nivel de atención, ubicados en los países de la periferia de occidente: son las monitoras, los promotores, los agentes comunitarios⁶ en salud que harán el trabajo voluntario para sostener a una atención crónicamente desfinanciada, una atención más primitiva que primaria, al decir de Mario Testa (1986). Ahora, desde la enorme institucionalidad de la OMS, se habilita a que personas, familias y comunidades desplieguen prácticas de autocuidado. Y en cuanto a la participación, el documento refiere a la que se produce por parte de los sujetos en relación con su autocuidado, a la toma de decisiones, a participar de investigaciones. Siendo que la participación de las comunidades refiere a la promoción del autocuidado. Para nosotros, existe un uso maniqueo de los instrumentos internacionales relacionados con el derecho a la salud con el fin de fomentar el autocuidado. Citamos una de las tantas menciones a la participación en el documento (OPS, 2022, p. 69):

Las intervenciones de autocuidado podrían mejorar la eficiencia de la prestación de la atención de salud al designar a los usuarios como trabajadores de salud legos, lo que ampliaría el acceso a los servicios esenciales. También podrían aumentar la aceptación de los servicios preventivos y mejorar el cumplimiento terapéutico, lo que reduciría las complicaciones y el uso de la atención de salud en etapas posteriores.

Al fin, la participación y su apoyo al autocuidado se encuentra en la lógica tecno burocrática de la eficiencia, consistente en lograr la cobertura a partir de la disminución de las consultas y de esa manera disminuir el gasto. Es un ejemplo más de la manipulación de lo participativo y de lo colonial de la salud global.

Las perspectivas de la participación desde las comunidades, con perspectiva decolonial

Una de las modalidades mediante la cual la colonialidad sigue operando, resulta del menosprecio por las propuestas locales para la superación de las problemáticas de la salud. En distintas naciones de las Américas podemos constatar discursos acerca de la anhelada la salud se basa en no reproducir prácticas

⁶ Cabe señalar las excepciones como los agentes comunitarios del Sistema Único de Salud de Brasil, que revisten el carácter de funcionarios públicos, entre otras experiencias destacadas de carácter autogestionario o estatales.

provenientes del saber mestizo y de los pueblos originarios, a promover la mejora continua de la calidad de vida y el bienestar gracias al aporte de las nuevas tecnologías (y ahora de la inteligencia artificial), a seguir dietas basadas en ingredientes naturales y alimentos no procesados, al acceso a seguros de salud complementarios, entre otras luces de colores para los sectores económicos medios y altos. Por otro lado, para los sectores empobrecidos: la promesa recurrente de la reducción de las listas de espera para la atención en el segundo y tercer nivel de atención, el acceso a los servicios esenciales de salud a partir de la ampliación de espacios de atención, y la necesaria oferta de la elección de un estilo de vida saludable.

La mirada de lo colonial en las propuestas de participación que hemos descrito en el apartado anterior nos devuelve una imagen de una América latina desorganizada, vulnerable, incapaz de superar su pobreza estructural que merecen no solo el rescate económico, sino también el rescate valórico que trae esta postergada modernidad como lo es la universalidad, la igualdad y el progreso. Se desprende de algunos documentos (lo implícito, lo que está entrelíneas) que existe cierta incompetencia de los gobiernos y la incapacidad de sus intelectuales, para lo cual habrá que seguir un modelo sino único, bien uniforme en el método y en los procesos para alcanzar la cobertura universal o una sociedad de *individuos autocuidados*. Es también una forma de producir conocimientos desde la academia y aceptar las reglas del mercado de las publicaciones lo que inhibe los procesos de intercambio con lo popular y los procesos participativos.

En esa dirección, encontramos el aporte de una académica en su análisis de una experiencia en Chile (Soto, 2023):

Esta lógica de construcción de conocimiento, arraigada en los procesos de conquista y colonización de América, persistiría en las ciencias sociales hegemónicas, impidiendo abordar las causas de la crisis civilizatoria y deslegitimando las propuestas alternativas para solucionarla (Lander, 2015; Castro-Gomez y Grosfoguel, 2007). Lo hace excluyendo los conocimientos de los pueblos del sur y los grupos subalternos por considerarlos no racionales, obstruyendo las posibilidades de transformación social que éstos podrían aportar, y bloqueando posibles transformaciones sociales que desafíen la lógica modernidad/colonialidad.

Cientos de experiencias en América latina muestran el significado de la participación social y comunitaria en salud, si bien la mayoría no logran superar las barreras de lo local, quedando muchas veces en la nominación de buenas prácticas, de experiencias locales o proyectos piloto.

En ese sentido, también podemos observar cómo opera la tergiversación o distorsión de los conceptos que son centrales en nuestro actuar en salud. Ello se puede dar a través de lo que denominamos procesos de dilución, mediante el cual,

a partir de un marco teórico basado en el pensamiento crítico, se acaban generando indicadores que no traslucen lo que se quería estudiar. Y por otra parte empobrecimiento de la dimensión humana de la atención y el cuidado al transformar a ciudadanos o vecinos en usuarios, luego en pacientes y finalmente en entidades nosológicas⁷.

Mencionamos cinco de los reduccionismos que nos afectan para un pensar crítico en salud: reducir el análisis de los procesos políticos, sociales y culturales de la salud a los procesos relacionados con la atención de los problemas de salud, reducir la atención en salud a un conjunto de prestaciones, reducir los colectivos humanos a un conjunto de personas o familias, reducir las personas a usuarios y reducir la participación en salud a participación en la gestión de servicios de salud. Algunas huellas de este pensamiento lo podemos encontrar en artículos sobre participación en salud (Kujawa, Pinto, Leles & Machado, 2023).

Quizás la nominación decolonial en América podría comenzar por redefinirse desde lo positivo, de la misma manera que fue necesario comenzar a hablar de salutogénesis y de gestión de la salud positiva (Saforcada, 2012). Pues bien, una forma de reivindicar lo americano con su enorme riqueza y diversidad en el campo de la salud podría dar inicio al situarse en la cultura desde una perspectiva comprometida y desde un ethos compartido en cuanto al bienestar colectivo. Alejandro Viveros Espinosa (Viveros Espinosa, 2016) rescata una frase de Rodolfo Kusch en su obra “Geocultura del hombre americano”:

Ahora bien, si la cultura es estrategia para vivir en un lugar y en un tiempo entonces también es política. Pero una política en este sentido, en un continente como el nuestro no puede ser política digitada, tecnificada, como son las fórmulas a las que estamos acostumbrados. Ha de ser político en su sentido profundo como algo que consiste en despertar un ethos (3, 156).

Un segundo aspecto relacionado con el estudio de la participación ciudadana, social o comunitaria en salud implica profundizar en las dimensiones de análisis. Hasta el momento no he observado una propuesta más abarcativa y profunda como la desarrollada por la investigación “Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR (2006-2008)”, la cual se desarrolló en Bolivia, Argentina, Paraguay y Uruguay. En ella se consensuaron entre los equipos de investigadores de los cuatro países, las siguientes dimensiones de análisis (Lapalma, 2009):

1. **Valor y propósito:** Valor simbólico de la participación para los distintos actores relevantes, los alcances y las implicaciones de la participación. El para qué de la Participación Ciudadana en Salud. ¿Para qué tipo de procesos y toma de decisiones es convocada?

⁷ Coloco habitualmente en mis clases un ejemplo: Don Pedro ingresa a un espacio de consulta, se transforma en el usuario 123, luego es un paciente adulto mayor para terminar siendo denominado un hipertenso con comorbilidades.

2. **Viabilidad:** Condiciones del contexto global – local, para los involucrados y de los procesos desencadenados, para construir viabilidad a los procesos participativos. Obstáculos y facilitadores del dicho proceso.
3. **Representatividad de los actores:** Criterios de atribución de representatividad de los actores. Legitimidad de criterios y atribuciones
4. **Capacidad de los actores:** Capacidades que se ponen en juego para discutir y proponer alternativas genuinas que representen los intereses de la ciudadanía. Asimetrías, cooptación, transferencia y distribución de saberes y poder en los procesos participativos en salud.
5. **Vínculo entre actores:** Reconocimiento del conflicto, de la puja y tensión entre intereses contrapuestos. Distribución de poder real y simbólico. Asimetrías en un contexto de producción de relaciones de colaboración y/o cooperación y/o asociación.
6. **Niveles de intensidad:** Oportunidad o instancias del proceso en las que se involucra a los interesados.
7. **Modalidades operativas:** Modo en que las estructuras o espacios operativos son coherentes / pertinentes con el sentido y propósito de la participación; Modalidades que mejor se adaptan o conducen a la profundización de dichos procesos.
8. **Efectos Transformadores:** Transformaciones posibles y esperables de los procesos participativos: cuales son los factores que contribuyen. Cuáles son los factores que obstaculizan.
9. **Democratización:** Capacidad de prácticas participativas de difundir, transmitir e instalar espacios de democratización y de influir e incidir en la orientación de decisiones sobre las políticas de salud.
10. **Sustentabilidad:** Condiciones favorables y desfavorables para la construcción de un marco de sustentabilidad de las experiencias participativas. Condiciones necesarias y suficientes para que un proceso apueste a la sustentabilidad en el tiempo.

A diferencia de otras investigaciones, este estudio multicéntrico se sumerge en experiencias que cumplen con criterios para ser seleccionadas y valora la participación desde los actores, no con un fin instrumental o como un simple medio para concretar un proyecto. Todas las dimensiones son extremadamente valiosas, valoro especialmente los efectos transformadores de los procesos participativos. De esta manera, se puede visualizar la capacidad de superar la situación de una participación encauzada, que es otro de los reduccionismos que señalamos, y que una autora describe sobre el proceso en Chile, hace ya un quinquenio (Anigstein, 2008):

En la mayoría de los casos las organizaciones sociales a través de los Consejos de Participación colaboran con trabajo para lograr las metas propuestas y dispuestas por los servicios de salud. Se trata de organizaciones con escasa autonomía que se van constituyendo en actores que operan proyectando y expandiendo la biomedicina a los espacios cotidianos, reproduciendo a su vez las relaciones de fuerza inherentes al modelo biomédico.

De Vos *et al.* (2009) relatan que, en el año 1986, Susan Rifkin (Rifkin, 1986) señalaba tres enfoques de la participación comunitaria en salud, a partir de la sistematización de 200 casos de estudio:

En el enfoque médico, la participación comunitaria es usada por profesionales de la salud con el fin de reducir la morbilidad individual y de mejorar las condiciones de salud, el enfoque de servicios de salud, tiene como objetivo la movilización de la comunidad para su participación en la organización de los servicios de salud; y, por último, en el enfoque de desarrollo comunitario, los miembros están involucrados en las decisiones para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas que afectan su salud.

Citamos a estos autores, para dar cuenta que existen aportes sustantivos y un pensamiento reflexivo latinoamericano desde hace décadas, pero que habitualmente pasa desapercibido ante la información que nos llega de otras latitudes. Rescatemos ahora algunas de las experiencias significativas. En el contexto chileno y desde el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar en conjunto con la Dirección de Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, organizamos la eventos académicos – sociales en el marco de la conmemoración del 40 aniversario de la Conferencia de Alma Ata. La mayoría de las ponencias recogió la perspectiva latinoamericana de la participación en salud que puede ser entendida desde lo decolonial, a partir de experiencias y programas desarrollados en diversos territorios de Argentina, Brasil y Chile. Tanto en las jornadas denominadas “Ciudadanía y Salud: El rol de las comunidades y el derecho a decidir”⁸ en el Campus Norte como en el conversatorio en el Campus Sur “Gestión de la Salud Positiva: mejorar la expectativa de vida saludable favoreciendo la reproducción social de aprendizajes en comunidad”⁹ se apreciaron aportes para pensar desde lo decolonial en salud.

Un acontecimiento significativo: la resolución 77ª Asamblea Mundial de La Salud acerca de la participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar

A fines de mayo de 2024, la Asamblea Mundial de la Salud abordó el campo de la participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar. Vemos entonces que la participación tiene un *para qué* y que la cobertura ocupa un lugar privilegiado en la nominación del documento (OMS, 2024, p. 5). La propuesta presentada el 28 de mayo insta a que los estados miembros:

a que apliquen fortalezcan y mantengan una participación social periódica y significativa en las decisiones relacionadas con la salud en todo el sistema, según proceda, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, mediante: 1) el fortalecimiento de las capacidades del sector público para concebir e implementar una participación social significativa; 2) una participación equitativa, diversa e inclusiva, prestando especial atención a promover las voces de todas las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y/o de marginación;

⁸ Puede visualizarse la nota periodística en <<https://medicina.uchile.cl/noticias/146913/alma-ata-40-anos-de-principios-en-salud-primaria->> y los tres videos en <<https://www.youtube.com/watch?v=JAD53ZRErds>>, <<https://www.youtube.com/watch?v=1bu6z6OoK5M>> y <<https://www.youtube.com/watch?v=dY90xGODRbw>>

⁹ Puede visualizarse la nota periodística en: <<https://medicina.uchile.cl/agenda/146423/gestion-de-la-salud-positiva>> Y los dos videos de las ponencias en: <<https://www.youtube.com/watch?v=jA-htlik6Wo>> y <<https://www.youtube.com/watch?v=leUIC9lxxms>>

3) la labor encaminada a garantizar que la participación social influya en una toma de decisiones transparente en materia de salud a lo largo del ciclo normativo, a todos los niveles del sistema; 4) facilitar la puesta en común y el intercambio periódicos de las experiencias de los Estados Miembros en lo que respecta a la participación social; 5) armonizar el apoyo técnico relativo a la participación social entre las divisiones de la OMS y los tres niveles de la Organización; y 6) informar a la Asamblea de la Salud en 2026, 2028 y 2030 sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

Esta declaración, presentada por 27 estados miembros, de diversas regiones del planeta tiene una apertura epistemológica, política y cultural a la participación social en salud. El proyecto de resolución propuesto en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud es a nuestro entender, un soplo de aire fresco ante la insistencia de reducir la salud a las propuestas relacionadas tan solo con la cobertura universal de la salud, desde una perspectiva fundamentalmente de carácter economicista. Por otra parte, si bien sería muy complejo que los representantes de las naciones/estados puedan abogar por una propuesta emancipadora y decolonial, lo expresado en este proyecto fomenta distintas modalidades de participación y el intercambio de experiencias. Finalmente, este pasado 29 de mayo, la resolución fue aprobada, lo que constituye un hito para la salud pública, la salud colectiva y la salud comunitaria.

A modo de cierre, queremos expresar que la experiencia política, social y cultural más trascendente que hemos observado en tres décadas ha sido la 17° Conferencia Nacional de Salud, la que conjuga las distintas modalidades de participación y control social en salud. Y ello es posible por la existencia de un Sistema Nacional de Salud, consagrado constitucionalmente.

Referencias

- Anigstein (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Rev Mad. N° 19*, Septiembre de 2008. pp. 77-88
- Banco Mundial. (2016). *Marco Ambiental y Social del Banco Mundial*. Ed. Banco Mundial – BIRF – AIF.
- CSU2030: *Pacte Mondial*. Página web: <https://www.uhc2030.org/fr/notre-action/ameliorer-la-collaboration/pacte-mondial/>
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D. Lefèvre, P. & Van der Stuyft, P. (2009) Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social* vol. 4, n°2.
- Franco, T., & Merhy, E. (2023). *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*. 1a ed. – UNLa – Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/46/57/180-3>

- Iriart, C., Nervi, L., Olivier, B. & Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la Salud Pública*. Lugar Editorial.
- Institute of Development Studies, (2020). *¿Cómo se comprometen los proyectos del Banco Mundial con la participación ciudadana?* IDS POLICY BRIEFING NUMERO 169.
- Kujawa, H., Pinto R.S. & Leles FAG, Machado, F.V. (2023). Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. *Rev. Panam Salud Publica*. N° 47.
- Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina en *Medicina Social*, volumen 5, n°1. Editada por Departamento de Medicina Familiar y Social del Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein (New York) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
- Lapalma, A. (2009). Investigación Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR (2006-2008). *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. N° 20.
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Saberes y Razones. Comentario. Revista Desacatos no.58*.
- OMS (2024): 77.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A77/A/CONF./3. Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar. Edición electrónica, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF3-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Crece el mapa de motivaciones para automedicarse*. Sección Noticias. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-auto-medicarse>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). “Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar”. Versión en español de la obra en inglés, editada por OMS.
- Rifkin, S. (2009). Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning* 1:240-249.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia* 37, p.7-22.
- Soto, V. (2023). Los aportes de la perspectiva decolonial al análisis de los movimientos sociales. El caso de la Coordinadora Nacional de Trabajadores y Trabajadoras NO+AFP de Chile (2012-2019). *El banquete de los dioses. Colonialidad, Poscolonialidad y Decolonialidad*. N°13
- Testa, M. (1986). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud*. Disponible en página de Universidad Nacional de La Plata: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa__mario__atencion__primaria_o_primitiva__de_salud.pdf

Viveros Espinosa, A. (2016). Enfoques sobre la filosofía de Rodolfo Kusch: el método, lo popular y el indígena como horizontes de pregunta en la filosofía americana. *Alpha (Osorno)*, (42), 215-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012016000100014>



Descolonizando el poder, el saber y ser: una reflexión intercultural desde Nicaragua

Víctor Alberto González Obando
Júlio Cesar Schweickardt

Introducción

El colonialismo según Aníbal Quijano es concebido como “[...] una forma de dominación directa, política, social y cultural de los europeos sobre los conquistados de todos los continentes” (Quijano, 1992, p. 437). En lo que respecta a su aspecto político, formal y explícito, esta forma de dominación colonial ha sido derrotada para dar paso, dice Quijano, al imperialismo. La diferencia del imperialismo con respecto al colonialismo radica en que es más una influencia a partir de los grupos dominantes en los distintos países “[...] que una imposición desde el exterior” (1992, p. 437).

Ahora bien, la “estructura colonial del poder” no desapareció en sus efectos con la derrota del colonialismo en su aspecto político, formal y explícito. Al contrario: “Dicha estructura de poder fue y todavía es el marco dentro del cual operan las otras relaciones sociales [...]” (Quijano, 1992, p. 438). Esta estructura produjo una serie de “discriminaciones sociales” que operaron como construcciones intersubjetivas “[...] que posteriormente fueron codificadas como ‘raciales’, ‘étnicas’, ‘antropológicas’ o ‘nacionales’ [...]” como si fuesen “[...] fenómenos naturales y no de la historia del poder” (1992, p. 438). La explotación y dominación global actual, la distribución del poder y la riqueza mundial, se establece siguiendo aún esa distinción entre las ‘razas’, ‘etnias’ o ‘naciones’ de las poblaciones colonizadas y la de los colonizadores.

“[...] la relación entre la cultura europea, también llamada ‘occidental’, y otras, sigue siendo una relación de dominación colonial”. Esta dominación no es entendida simplemente como subordinación de las culturas no europeas a la cultura europea, como una ‘relación exterior’ o de exterioridad, sino que “Se trata de una colonización de las otras culturas [...]” que consiste “[...] en una colonización del imaginario de los dominados. Es decir, actúa en la interioridad de ese imaginario. En una medida, es parte de él” (Quijano, 1992, p. 438). Las formas y los efectos de este proceso de colonización de otras culturas, de constitución de la interioridad misma del imaginario del colonizado, de su subjetividad misma, es lo que Quijano (1992) denomina ‘colonialidad cultural’.

Por tanto, en este ensayo se intenta realizar un análisis más sobre las relaciones del poder basados en una parte de la historia de América Latina y sus características culturales como un intento de apuesta a la interculturalidad, dada una utopía (así considerada por muchos personajes), para la cual se siguen emprendiendo diversos esfuerzos para alcanzarla. Así, **¿Es posible descolonizar el poder?**

Descolonizando el poder

Según Quijano (1992), las formas de operación de la colonialidad cultural implican, al comienzo, la represión sistemática de los patrones de expresión, de conocimiento y significación de los dominados. Luego, con la función de interrumpir definitivamente tales patrones y como medios de control social y cultural, los dominadores imponen sus propios patrones de expresión y sus creencias e imágenes sobre lo sobrenatural. Los patrones de producción de conocimiento y significaciones, en una forma mistificada, son impuestos, pero de forma selectiva a algunos dominados como medio de acceso regulado a ciertas esferas de poder. De esta manera, la 'europeización cultural' se consolidó como instrumento de ejercicio y disputa de poder.

Si a la colonialidad cultural (en tanto combinación de la represión cultural con la colonización del imaginario) se le asocia el exterminio demográfico al que fueron sometidos gran parte de los dominados, el resultado es que "América Latina es, sin duda, el caso extremo de la colonización cultural de Europa" (Quijano, 1992, p. 439). Para Asia y el Medio Oriente, no se presentó tal destrucción cultural pero sí fueron situadas en una 'relación de subalternidad' con respecto a la cultura europea tanto para la 'mirada de los europeos' como para sus 'propios portadores'. África tampoco ha escapado a esta europeización en todo o en parte de sus sociedades y culturas. Quijano concluye esta línea de argumentación afirmando: "La colonialidad, en consecuencia, es aún el modo más general de dominación en el mundo actual [...]" y se constituye en la 'piedra angular' del 'poder global' (1992, p. 440).

En 1998 aparece el artículo "Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina" ... aparece el término 'colonialidad del poder' y no de manera marginal ya que gran parte del artículo se dedica a establecer los rasgos básicos que le caracterizarían (Quijano, 2001, p. 120). Más interesante aún, es el claro desplazamiento en la argumentación desde lo cultural a lo racial, de la dominación a través de una jerarquía naturalizada de 'culturas' a la dominación mediante la jerarquización naturalizada de 'razas'. En el artículo de 1992 el término raza no aparece, sólo se menciona de manera oblicua en un pasaje que afirma que "[...] la

estructura colonial de poder produjo las discriminaciones sociales que posteriormente fueron codificadas como ‘raciales’, ‘étnicas’, ‘antropológicas’ o ‘nacionales’, según los momentos, los agentes y las poblaciones implicadas” (Quijano, 1992, p. 438). En el artículo de 1998, Quijano establece como primer rasgo de la colonialidad del poder que la idea de ‘raza’ constituye la base sobre la que se establece el patrón de dominación entre colonizadores y colonizados (Quijano, 2001, p. 120).

La idea de ‘raza’ en Quijano se refiere a una naturalización de orden biológico de las diferencias y las desigualdades entre poblaciones que justifica la dominación colonial y que atraviesa todas las esferas de la existencia social. Por tanto, lo que se podría denominar la ‘racialización’ del concepto de colonialidad del poder se puede rastrear claramente a este artículo de finales de los años noventa.

Para Quijano, entonces, es desde esta perspectiva de la idea de ‘raza’ que los colonizadores acuñan unas nuevas identidades negativas, para las poblaciones aborígenes colonizadas y la población de origen africano, que eliminaban sus heterogeneidades e identidades originales mediante las categorías de ‘indios’ y ‘negros’ respectivamente. Al principio, los colonizadores se identificaron a sí mismos con las nociones de ‘españoles’, ‘británicos’, ‘holandeses’ pero luego se consolidó la identidad social de ‘europeo’ y ‘blanco’. Y la noción de ‘mestizo’ indica “[...] los descendientes de las relaciones genéticas entre todas estas nuevas identidades [...]” (Quijano, 2001, p. 121). Estas identidades sociales supusieron los componentes de las diversas clasificaciones y jerarquizaciones de las poblaciones en América desde dónde se impuso un patrón de poder que luego se extendió a todo el mundo con la expansión del eurocéntrico capitalismo colonial.

Quijano indica también como rasgos característicos de la colonialidad del poder el desmoronamiento de los propios mundos de las poblaciones colonizadas en el contexto de la dominación colonial. Estas poblaciones fueron despojadas de sus patrones de expresión visual y plástica, de sus prácticas de relación con lo sagrado y se les llevó a admitir una imagen negativa de sí mismos y de sus previos universos de subjetividad: “[...] las poblaciones sometidas fueron encerradas en subculturas que no eran sólo campesinas e iletradas, sino, peor, reprimidas e interferidas continuamente por patrones y elementos ajenos y enemigos” (Quijano, 2001, p. 122).

Otros dos elementos son indicados por Quijano en su caracterización de la colonialidad del poder. De un lado considera que la colonialidad del poder supone una dependencia histórico-estructural (Quijano, 2001, p. 122); en la idea de patrón global de poder, unas poblaciones y lugares son sometidos al dominio colonial. De

otro, el eurocentrismo como manera de conocer (con toda la tecnología de la escritura y la racionalidad instrumental y tecnocrática que supone) y como productor de subjetividades se instaura como un 'patrón epistemológico' (2001, p. 124), que subsume o desintegra otras maneras de conocer y subjetividades que no sean las instauradas por los colonizadores. En este sentido, "[...] las poblaciones colonizadas fueron sometidas a la más perversa experiencia de alienación histórica" (Quijano, 2001, p. 125).

La globalización en curso es, en primer término, la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y la del capitalismo colonial/moderno y eurocentrado como nuevo patrón de poder mundial. Uno de los ejes fundamentales de este patrón de poder es la clasificación social de la población mundial sobre la idea de raza, una construcción mental que expresa la experiencia básica de la dominación colonial y que desde entonces permea las dimensiones más importantes del poder mundial incluyendo su racionalidad específica, el eurocentrismo. Dicho eje tiene, pues, origen y carácter colonial, pero ha probado ser más duradero y estable que el colonialismo en cuya matriz fue establecido (Quijano, 2000a, énfasis en el original).

La colonialidad es uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón de poder capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial/étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia social cotidiana y a escala societal. Se origina y mundializa a partir de América (Quijano, 2000b).

Quijano se extiende en cómo entender la idea de raza articulada a este patrón global de poder. Para Quijano este patrón mundial de poder –el capitalismo colonial/moderno– se articula como patrón global con la dominación europea de América (constituyendo a ésta como la primera id-entidad y a Europa como la segunda y derivada) y con la emergencia del eurocentrismo. Es importante subrayar que en Quijano el capitalismo opera como categoría analítica crucial y más precisamente el capitalismo colonial/moderno.

En uno de los dos artículos publicados en el 2000, el control global del trabajo, de sus recursos y productos, constituye uno de los ejes centrales de la colonialidad del poder, aunque este control no se da independientemente de la raza. La racialización de la fuerza de trabajo hace que raza y división del trabajo se encuentren imbricados, lo cual se expresa en una sistemática división racial del trabajo subsumida por el capital y el mercado mundial (Quijano, 2000a). Además de la clasificación racial y del control global del trabajo en torno al capital, el patrón

mundial de poder articula una específica intersubjetividad mundial.

La constitución de una configuración intersubjetiva (cultural e intelectual) a partir de la “hegemonía europea u occidental” es otro de los rasgos del patrón de poder mundial: “[...] como parte del nuevo patrón de poder mundial, Europa también concentró bajo su hegemonía el control de todas las formas de control de la subjetividad, y en especial del conocimiento, de la producción del conocimiento” (Quijano, 2000a, p. 209). Esta ‘hegemonía’ implicó la apropiación de los conocimientos útiles para el desarrollo del capitalismo, así como también la represión de “[...] las formas de producción de conocimiento de los colonizados, sus patrones de producción de sentidos, su universo simbólico, sus patrones de expresión y de objetivación de la subjetividad” (2000a, p. 210).

Finalmente, esta ‘hegemonía’ supuso la imposición de cierto nivel de aprendizaje de la cultura de los dominadores: “[...] en todo lo que fuera útil para la reproducción de la dominación, sea en el campo de la actividad material, tecnológica, como de la subjetiva, especialmente religiosa” (2000a, p. 210).

Colonialidad del ser

De manera general, podemos afirmar que la colonialidad del ser refiere a la dimensión ontológica de la colonialidad del poder, esto es, la experiencia vivida del sistema mundo moderno/colonial en el que se inferioriza deshumanizando total o parcialmente a determinadas poblaciones, apareciendo otras como la expresión misma de la humanidad. Al igual que la categoría de colonialidad del saber (Dussel, 2000), la de colonialidad del ser es una elaboración de las implicaciones en una dimensión concreta de la categoría de colonialidad del poder. Por tanto, esta última opera como el núcleo argumental desde el cual se despliegan las elaboraciones en torno a esta categoría en la inflexión decolonial.

Aunque Maldonado-Torres ha sido quien más esfuerzos ha dedicado a la elaboración de este concepto, es inicialmente Walter Dignolo quien explícitamente da las primeras puntadas. Obviamente, estas puntadas son el resultado de las conversaciones que los participantes de la naciente colectividad de argumentación adelantaban a comienzos de la década de dos mil. Muchas de estas conversaciones giraban en torno a exploraciones sobre las implicaciones y posibles elaboraciones del concepto de colonialidad del poder propuesto por Aníbal Quijano, así como de una apropiación de ciertos planteamientos del Enrique Dussel (Restrepo & Rojas, 2010, p.156).

En la introducción a una compilación publicada por Dignolo en 2001 se puede hallar una de las más tempranas referencias a la noción de colonialidad del ser. Allí, Dignolo vincula esta noción con la de exterioridad, propuesta por Dussel:

[...] la “exterioridad” (no precisamente el “afuera”) es exterioridad en la Totalidad

del Ser, marcado por y en la historia europea de Europa [...] En tanto que la “exterioridad” que introduce Dussel [...] es una exterioridad del Ser (ontológica y dialógicamente conceptualizada) que introduce con la colonialidad, la cara oculta de la modernidad. Esto es, una exterioridad que comienza a construirse a partir de la historia europea de Asia, África y América Latina. Esa exterioridad (que no es un afuera puesto que fue construida desde el lugar de enunciación que se afirmó a sí mismo como punto de referencia) es la que sostiene la colonialidad del ser que la reflexión de Dussel descubrió, cuyo presupuesto conceptual ya no es el Ser concebido bajo el presupuesto del Hombre blanco, europeo y postrenacentista [...] (Mignolo, 2001, p. 30, énfasis en el original).

La decolonialidad del ser está intrínsecamente asociada a la descolonialidad del poder y del saber, en la medida en que se relacionan con la necesidad de emancipar a las personas de las limitaciones y juicios que constituyeron los modos de vida y de ser. El patrón de racialización jerarquizó a las poblaciones basándose en criterios de color, padrones biológicos de raza, inferiorizando a las poblaciones negras, indígenas y asiáticas por un criterio eurocéntrico. Así, descolonizar el ser significa problematizar las relaciones de poder para que las personas puedan conquistar su lugar de habla, conocimiento y vida en las sociedades, reconociendo sus especificidades y visiones del mundo.

Interculturalidad

La ecuatoriana Catherine Walsh, desde la Universidad Andina Simón Bolívar en Quito ten contribuido con la elaboración del concepto de interculturalidad. Así, “una parte importante de su conceptualización sobre interculturalidad se ha orientado al análisis de las implicaciones políticas de la emergencia contemporánea de los discursos sobre la diversidad cultural, sus usos sociales, académicos y políticos, y su institucionalización en las políticas de estado y de organismos multilaterales” (Restrepo & Rojas, 2010, p.168).

El concepto de interculturalidad fue se teniendo un énfasis más político y epistémico, como una alternativa a la colonialidad. De este modo, este concepto debe ir más allá de lo teórico, debe traspasar a las relaciones humanas diarias de todas y todos, desde la socialización en las familias durante los primeros años de vida, hasta la socialización en otros espacios en donde las personas nos desarrollamos, para que se convierta en una filosofía de vida.

Walsh alerta que el concepto de interculturalidad ha sido empleado con sentidos muy diversos, especialmente en la educación, con énfasis en estrategias de inclusión de migrantes en el sistema educativo. Pero, aun más fuerte, es la discusión de metodologías educativas para poblaciones indígenas, o sea, una educación diferenciada (Restrepo & Rojas, 2010, p.168). Walsh tiene toda la razón al ligar el concepto de la interculturalidad con debates más amplios que trastoquen

las políticas de estado y el pluralismo jurídico, porque el lograr un entorno multicultural en donde sea posible la convivencia basada en el respeto y el reconocimiento de la diversidad, debe tratarse de transformaciones profundamente estructurales.

Es necesario diferenciar entre interculturalidad y multiculturalismo, siendo este un proceso neoliberal que ve diferencias, pero no cuestiona las relaciones de poder, es decir, reconoce que los espacios tienen diversidad de lenguajes, tradiciones y visiones del mundo. Sin embargo, no cuestiona las relaciones de decolonialidad del poder y la jerarquización de la lógica colonial (Borsani, 2021). En contraste, Walsh (2012, p. 65) propone la idea de interculturalidad crítica que parte del poder, su patrón de racialización y diferencia que se construyó a partir de este. “La interculturalidad crítica, en cambio, es un llamamiento de y desde la gente que ha sufrido un histórico sometimiento y subalternización, de sus aliados, y de los sectores que luchan, conjunto con ellos, por la refundación social y descolonización, por la construcción de mundos otros”.

Segundo Walsh (2012, p. 65), “el problema central del que parte la interculturalidad no es la diversidad étnico-cultural; es la diferencia construida como patrón de poder colonial que sigue trascendiendo prácticamente todas las esferas de la vida”. Así, la interculturalidad crítica es una estrategia ético-política para problematizar las relaciones de poder y los patrones de racialización que han jerarquizado a personas y poblaciones en todo el mundo. Por tanto, la cuestión no es reconocer la diferencia, sino las formas en que algunos fueron inferiorizados y excluidos en detrimento de otros.

Menéndez (2016, p. 115) advierte que en salud la aplicación de la interculturalidad a las poblaciones indígenas, por parte del Estado mexicano, no logró lo propuesto porque no hubo involucramiento de los movimientos étnicos. Los investigadores y los funcionarios “que estudian o aplican la interculturalidad, la relación pueblos originarios/sociedad dominante se les aparece como el encuentro de ‘cosmovisiones’ diferentes y para muchos incompatibles, de tal manera que las cosmovisiones indígenas excluirían la cosmovisión biomédica”.

Las investigaciones necesitan incorporar la opinión de los expertos locales, pero sabiendo que sólo revelarán parte de sus conocimientos e “nos presentarán siempre las pautas ideales de sus formas de diagnosticar, tratar y sanar. Pero, es posible que omitan los aspectos que evidencian que sus saberes se están modificando, así como los que demostrarían sus ineficacias y sus malas prácticas”. Así, propone mirar los cambios que se están produciendo en los territorios, especialmente en el diálogo con la biomedicina.

Definitivamente, el modelo neoliberal materializado en diversos “rostros sociales” busca siempre sus beneficios individualistas y elitistas, de ahí, la importancia de concientizar desde las familias, a las niñas y niños en la filosofía de vida que promueva, además, la interculturalidad como un modelo de convivencia con las otras personas.

Lo que está en disputa no es sólo la construcción de nuevas políticas estatales para el tratamiento ‘adecuado’ de la diversidad cultural, sino las formas mismas de entender el lugar y las posibilidades de conocer e intervenir en el mundo por parte de sectores de la sociedad históricamente subalternizados (Restrepo & Rojas, 2010, p.169).

Consideraciones finales

Retomando lo referido por Aníbal Quijano sobre el colonialismo, concebido como una forma de dominación directa, política, social y cultural de los europeos sobre los “conquistados” de todos los continentes (incluido los pueblos de América Latina), es importante comprender las fuentes de concepción del poder para situarnos en un momento de la historia de la humanidad y Latinoamérica en que podemos seguir transformando nuestros presentes para tener un futuro más reivindicativo.

Por otro lado, si bien en su aspecto político, formal y explícito, esta forma de dominación colonial ha sido derrotada para dar paso, dice Quijano, al imperialismo, el cuestionamiento debe estar basado en las razones y/o factores más profundos que causan el uso nocivo y desproporcionado del poder, ya que según Quijano, la diferencia del imperialismo con respecto al colonialismo radica en que es más una influencia a partir de los grupos dominantes en los distintos países “[...] que una imposición desde el exterior”; significa entonces, que la mayoría de las causas son internas, debemos entonces, trabajar desde dentro y dejar de buscar responsables “afuera”.

Quijano también afirma que la “estructura colonial del poder” no desapareció en sus efectos con la derrota del colonialismo en su aspecto político, formal y explícito. Al contrario: “Dicha estructura de poder fue y todavía es el marco dentro del cual operan las otras relaciones sociales...”. Esta estructura produjo una serie de “discriminaciones sociales” que operaron como construcciones intersubjetivas “...que posteriormente fueron codificadas como ‘raciales’, ‘étnicas’, ‘antropológicas’ o ‘nacionales’...” como si fuesen “...fenómenos naturales y no de la historia del poder”. La explotación y dominación global actual, la distribución del poder y la riqueza mundial, se establece siguiendo aún esa distinción entre las ‘razas’, ‘etnias’ o ‘naciones’ de las poblaciones colonizadas y la de los colonizadores.

Y lo detallado en el párrafo anterior, pasa en todos los niveles, dado que la ambición, la avaricia y la mezquindad generada en las personas que mal interpretan el uso del poder que llegan a ostentar, provoca que desde el nivel de ejercicio del poder en el que están, traten siempre de subordinar a las personas a su alrededor como forma de sentirse satisfechas/os o realizados.

Es importante siempre insistir en que los cambios estructurales no se dan de forma mágica, sino por efecto de los cambios o transformaciones micro que pasan en los niveles cotidianos, ordinarios o del día a día. Lo macro o estructural, es un reflejo de la micro o cotidiano. Los pueblos originarios de América Latina son vivo ejemplo de cómo el poder debe ser horizontal, equitativo (no precisamente igualitario) y, sobre todo, que responda a las necesidades e intereses consensuados de las comunidades, respetando cosmovisiones, tradiciones y los recursos naturales.

La coherencia es importante para lograr el uso más simétrico del poder, es decir, hacer lo contrario a lo que criticamos, porque lo peor que podemos hacer es terminar realizando lo que tanto cuestionamos, fenómeno que suele suceder cuando se alterna el poder entre actores que significa estar abierto al diálogo y para el intercambio de idea e conocimientos. Cuando logremos comprender que el poder es para transformar nuestros entornos y no solo para nuestros intereses o aspiraciones, seguramente lograremos mejores condiciones para las comunidades y pueblos.

Tal cual refiere Catherine Walsh sobre la interculturalidad, el problema no es de orden jurídico o institucional estatal, al menos no exclusivamente; mientras los desarrollos constitucionales no encuentran ni la voluntad ni los recursos para ser llevados a la práctica, el discurso de la multiculturalidad sigue vigente a muy bajo costo y el giro multiculturalista contribuye a afianzar la idea de fortalecimiento democrático sin que los problemas estructurales se vean resueltos. En consecuencia, lo que está en disputa no es sólo la construcción de nuevas políticas estatales para el tratamiento 'adecuado' de la diversidad cultural, sino las formas mismas de entender el lugar y las posibilidades de conocer e intervenir en el mundo por parte de sectores de la sociedad históricamente subalternizados.

Referencias

- Borsani, M. E. (2021). *Rutas Decoloniales*. Buenos Aires: Del Signo.
- Dussel, E. (2000). Europa, modernidad y eurocentrismo. En: Edgardo Lander (ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. pp. 41-53. Buenos Aires: CLACSO.
- Menéndez, E. L.. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos.

Ciência & Saúde Coletiva, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

- Mignolo, W. (2009). La idea de América Latina (la derecha, la izquierda y la opción decolonial). *Crítica y emancipación*. 1(2): 251-276.
- Mignolo, W. (2001). Introducción. En: *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*. pp. 9-54. Buenos Aires: Signo-Duke University.
- Quijano, A. (2002). El regreso al futuro y las cuestiones de conocimiento. En: Catherine Wash, Freya Schiwy y Santiago Castro-Gómez (eds.), *Indisciplinar las ciencias sociales. Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo andino*. pp. 45-60. Quito: Abya-Yala-Universidad Andina Simón Bolívar.
- Quijano, A. [1998] (2001). “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina”. En: Walter Mignolo (ed.), *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones Signo-Duke University.
- Quijano, A. (2000a). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Edgardo Lander (ed.), *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. pp.201-245. Caracas: CLACSO.
- Quijano, A. (2000b). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World-System Research*. (2): 342-386.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad-racionalidad. En: Heraclio Bonilla (ed.), *Los conquistados. 1492 y la población indígena de las Américas*. pp. 437-447. Bogotá: Tercer Mundo Editores. [Originalmente publicado en 1991 en *Perú Indígena*, 13 (29)].
- Restrepo, E., & Rojas, A. (2010). *Inlexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*. Colombia: Universidade de Cauca.
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. *Visão Global*, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, p. 61-74, jan./dez.



“Eu nem sou rio, eu sou nascente, sou a cabeça”¹: notas sobre a construção de metodologias participativas na pesquisa sobre medicinas indígenas na Amazônia Maranhense

Cássia Ferreira de Oliveira
Júlio Cesar Schweickardt
Cintia Maria Santa na Silva Guajajara
Wellington Queiroz de Freitas
Ana Lúcia Nunes
Mariano de Ribamar Lindoso Frazão

Este capítulo é fruto das reflexões feitas na disciplina de Epistemologia e História das Ciências e da Saúde Pública do Doutorado em Saúde Coletiva da Fiocruz/Amazônia, ministrada pelo professor Júlio Cesar Schweickardt. Tais reflexões têm seu *start* nos idos de 2014 quando ainda era aluna de graduação do curso de Ciências Sociais na Universidade Estadual do Maranhão e me inseri nos bastidores de elaboração do projeto do primeiro curso de Licenciatura Intercultural para a Educação Básica Indígena do Maranhão.

Dez anos depois, me encontro inserida em pesquisas sobre produção de saúde e medicinas indígenas no Maranhão, me dando conta que, sejam nas esferas públicas² dos debates educacionais ou discussões no campo da saúde, o trabalho junto aos povos indígenas precisa dialogar em uma linguagem que as esferas burocráticas ainda desconhecem: a linguagem da diversidade.

Isso porque o idioma oficial falado no âmbito da esfera pública é o idioma burocrático. Segundo Herzfeld (2016, p. 39), a linguagem burocrática ocidental fundou a “produção social da indiferença”, modo como o Estado se comunica com quem fala a linguagem da diversidade: através de uma indiferença “arbitrariamente seletiva” e de uma invisibilidade que “é uma rejeição dos que são diferentes”.

Neste cenário, envolvida nos enredos da educação superior intercultural do Maranhão, ocupei múltiplos papéis sociais. Destaco o de assistente administrativa da coordenação do curso de licenciatura intercultural da UEMA enquanto também

¹ Fala de dona Maria Santana Guajajara. Anotação em diário de campo em 06/06/2023.

² Esfera pública aqui é no sentido habermasiano de “espaço social de representação pública” ou uma “esfera de visibilidade pública”, onde há “controvérsias públicas” e produção de legitimidade social resultante do processo discursivo estabelecido pelos diferentes grupos.

atuava na pesquisa sobre aquele processo formativo de educação superior indígena por quase uma década.

Sejam nas tramas administrativas e burocráticas do curso ou nas etnografias sobre aquelas e tantas outras tramas, tudo o que eu estava fazendo era orientada por uma metodologia que eu já conhecia, mas que neste último ano, envolvida na pesquisa sobre medicinas indígenas, comecei a chamar de metodologia participativa, influenciada pelas leituras e experiências dos meus colegas de pesquisa. Não há como desenvolver um bom trabalho na educação ou na saúde indígena sem chamar os povos indígenas para o “fazer junto” com a gente.

Já conhecia aquele território e aquela aldeia de outros momentos de compartilhamento e processos formativos. Em novembro de 2023, quando dona Santana (anciã do território) me avistou, logo exclamou “aquela ali mamou em meu peito”. Me senti muito honrada, pois como mencionei anteriormente, há 10 anos atuo nos enredos da educação superior indígena do Maranhão e estive naquele território em vários outros momentos entre 2016 e 2022 para acompanhar pedagogicamente alunos (as) indígenas do curso de Licenciatura Intercultural Indígena da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA.

Em 2023 retorno ao mesmo território, não mais vinculada à UEMA, mas como técnica da Escola de Saúde Pública do Maranhão para trabalhar nas oficinas de Metodologias Participativas conduzidas pelo LAHPSA/Fiocruz/Amazônia que, em parceria com a Escola de Saúde Pública – SES/MA, realizou alguns encontros para planejamento e realização da pesquisa sobre Medicinas Indígenas naquele território.

Depois das palavras iniciais de Cássia, continuamos nossa caminhada coletiva com algumas reflexões feitas em *compartilhamento* (Bispo dos Santos, 2023, p. 36) nos encontros junto aos povos Tentehar/Guajajara que habitam a Amazônia maranhense em um território indígena chamado Araribóia, encontros esses que aconteceram na aldeia Lagoa Quieta³ em junho e novembro de 2023⁴. O objetivo é compreender o “fazer junto”⁵ em pesquisa participativa, o *compartilhamento* de saberes, que não é uma simples *troca*.

A troca significa um relógio por um relógio, um objeto por outro objeto, enquanto no compartilhamento temos uma ação por outra ação, um gesto por outro gesto, um afeto por outro afeto. E afetos não se trocam, se compartilham. Quando me relaciono com afeto com alguém, recebo uma recíproca desse afeto, O afeto vai

³ Em língua tentehar, o nome da aldeia é *Ypaw Myz'ym*, que quer dizer lago/lagoa de águas tranquilas/calmas. Daí vem o nome popularmente conhecido como Lagoa Quieta

⁴ As reflexões foram feitas em compartilhamento, ou seja, não apenas por uma pessoa, mas coletivamente e junto a todos (as) os (as) pesquisadores (as) da pesquisa de medicina indígena conduzida pela Fiocruz/Amazônia em parceria com a Escola de Saúde Pública e as lideranças e especialistas indígenas de Arariboia.

⁵ Anotação em diário de campo em 06/06/2023 referente à expressão utilizada pelo pesquisador da Fiocruz Amazônia Julio Cesar Schweickardt quando explicava sobre o modo de fazer pesquisa com metodologia participativa.

e vem. O compartilhamento é uma coisa que rende (Bispo dos Santos, 2023, p.36).

Nas sessões a seguir, precisarei adaptar a linguagem pois, a partir desse compartilhamento, a escrita desse texto sai do domínio do “eu, pesquisadora” e entra no domínio do “nós, pesquisadores”. Desse modo, traremos alguns rendimentos desse compartilhamento feito entre todos (as) os (as) pesquisadores (as) indígenas e não-indígenas que estiveram presentes nesses encontros. Foram encontros e oficinas sobre medicinas indígenas, demonstrando através de proposições cosmopolíticas indígenas que existem raciocínios que não vieram ao mundo para serem entendidos nos termos da ciência ocidental e do conhecimento produzido na academia, mas como *contracolonialismo*, já dizia Nego Bispo.

Pesquisar “com”: princípios e orientações éticas

A pesquisa com metodologia participante ou participativa é uma modalidade de pesquisa que se origina dentro de grupos e comunidades populares. Segundo Brandão (2007), que intitula essas coletividades de “unidades de ação social”, esse tipo de metodologia é posto em prática no interior dos movimentos sociais populares ou até mesmo como ferramenta que está a serviço dos movimentos sociais.

Nesse sentido, há um compromisso social, político e ideológico do (a) pesquisador (a) com a comunidade em que se realiza a pesquisa. Tendo um compromisso com as causas sociais, a pesquisa com metodologia participante/participativa se torna um momento em que o (a) pesquisador (a) realiza também trabalhos de educação popular junto à comunidade, grupo e/ou movimentos sociais.

É nesse cenário que intitulamos essa metodologia de “pesquisar com”: é a metodologia do “fazer/construir junto” que tem como pano de fundo a formação de pessoas motivadas a transformar os contextos sociais em que estão inseridas, a participação em amplos e contínuos processos de construção de conhecimento mais partilhado e sensíveis aos saberes que a comunidade já possui. Essa modalidade de pesquisa põe em xeque o produtivismo acadêmico, seus critérios de qualidade/quantidade e coloca todos os sujeitos da pesquisa como produtores do conhecimento com o objetivo de que ele seja ponta de lança para emancipação e transformação da realidade.

Haraway (2022) intitulou de “zona de contato” como o lugar de “trabalhar com” para alcançar algo, na certeza de que a maioria das coisas transformadoras na vida acontecem nas zonas de contato. Desse modo, os encontros realizados na aldeia

Lagoa Quieta nos dias 05, 06 e 07 de junho e 10, 11, 12 e 13 de novembro de 2023 foram “zonas de contato” em que produções transformadoras foram planejadas.

A referida pesquisa tem como referência os estudos de João Paulo Barreto (2021), antropólogo *Tukano* do Alto Rio Negro, que se debruçou sobre questões de saúde e doença e práticas de medicina indígena. Entendendo tais práticas, como práticas especializadas de saúde, como medicina. Contrapondo os termos colonizadores como conhecimento tradicional/alternativo, e sim, como um sistema complexo de cuidado que resistiu bravamente às investidas da medicina ocidental e tem suas raízes no contato com a colonização europeia.

Desse modo, a pesquisa sobre medicinas indígenas é uma das formas de fortalecimento do sistema de cuidado de saúde indígena, que passa pelo respeito aos seus sistemas complexos de cuidado, como é o caso do Bahsese⁶ do povo Tukano, ao uso de plantas medicinais para a prevenção e tratamento de doenças, valorização das parteiras indígenas do território, cumprimento das regras e rituais daquele povo indígena, alimentação saudável baseada naquilo que eles podem plantar, caçar, coletar, pescar, mas também criar e até comprar, bem como no cuidado com a saúde mental de todas as pessoas do território.

Ademais, nenhuma prática de medicina indígena poderá (r)existir se os territórios não estiverem demarcados e protegidos do *neoplantation* do agronegócio, de madeireiros, do desmatamento desenfreado e tantas outras investidas do capitalismo, pois não se pode separar a história colonial que pariu o capitalismo da história ambiental do mundo (Ferdinand, 2022, p. 23).

Nesse contexto, todos os encontros, bem como todas as atividades que realizamos nos encontros, seguiam a lógica da *circularidade* que Bispo dos Santos (2023) tanto defendia porque dizia ser uma opositora da hierarquia. Em junho de 2023, os trabalhos foram iniciados com todos e todas em um grande círculo de pessoas com um “banho” de folhas feito pela anciã e matriarca daquele território e cantos entoados por sua filha, que conduzia todos (as) a dançar também em círculos, nos confirmando que “somos da circularidade: começo, meio e começo. As nossas vidas não têm fim. A geração avó é o começo, a geração mãe é o meio e a geração neta é o começo de novo” (Bispo dos Santos, 2023, p. 102).

Os encontros foram oficialmente iniciados sob a proteção de suas práticas de cuidados ancestrais e “cura pela floresta” foi como Cíntia Guajajara, importante liderança do território, intitulou o momento vivido por nós naquele barracão,

⁶ Bahsese foi apelidado de benzimento pelos não-indígenas. Mas o bahsese é, para Barreto (2018) um repertório de palavras com poderes (Omerô) de proteção, cura e destruição, bem como de comunicação extra-humana. Elementos como a água, o tabaco, o breu (resina vegetal), o sal, a pimenta, a urtiga e o urucu são comumente utilizados como veículo dessa comunicação.

momento este que contou com a presença de homens e mulheres que moravam nos arredores daquela aldeia.

Uma importante ferramenta de pesquisa para a conexão de todos e todas com a temática da pesquisa foi a proposição *Rios da Vida*. A partir dela pudemos nos conhecer melhor, bem como entender as trajetórias que nos levaram até aquele lugar, com todas aquelas pessoas interessadas em debruçar-se sobre as medicinas indígenas.

Como o *Rios da Vida* utiliza desenho e troca de vivências, nos dividimos randomicamente em quatro grupos e pensamos sobre nossas próprias vidas como um rio que nos levou até aquele barracão. O objetivo era pensar quais córregos ou afluentes nos ajudaram a chegar no rio das medicinas indígenas e, após desenharmos nossas memórias como um rio cheio de afluentes, iniciamos as apresentações. **“Eu nem sou rio. Eu sou nascente, sou a cabeça”**⁷, pontuou a matriarca e anciã Maria Santana.

A imagem abaixo é o desenho do Rio da Medicina Indígena de uma das equipes presentes para visualizarmos melhor a descrição feita acima.

Figura 1: Desenho de uma das equipes referente à oferta *Rios da Vida*.



Fonte: LAHPA/ESPMA, 2023.

Nos encontros realizados em junho, compartilhamos alguns fundamentos e princípios convergentes e atuais do que chamamos de “metodologias participativas”. O objetivo era apresentar essa abordagem metodológica para o grupo de homens e mulheres indígenas que ali estavam presentes e posteriormente documentar os compartilhamentos com aqueles (as) que se tornaram pesquisadores e pesquisadoras de práticas de medicinas indígenas.

⁷ Anotação em diário de campo em 06/06/2023.

A questão principal da abordagem metodológica em questão é que na pesquisa participativa todos nós somos pesquisadores (as). Além disso, a pesquisa é horizontal, pois todos nós estamos construindo juntos como faremos. Se há práticas ancestrais que estão presentes apenas nas memórias e oralidade dos mais velhos, então precisamos daquelas orientações de pesquisa para as registrarmos “no papel”, pois a oralidade registrada nos livros também tem sua importância: fortalece, empodera e emancipa. É um movimento decisivo para termos cada vez mais consciência *do que nós somos e de quem nós somos*.

Brandão (2007) alerta que nessas abordagens participativas devemos sempre dar a devida atenção às dinâmicas históricas das relações e dos processos envolvidos na investigação.

Uma dinâmica da história é importante na reconstrução do passado próximo, ela o é, mais ainda, no olhar entre o presente e o futuro. Pois, aqui, não se trata de conhecer para “promover” ou para “desenvolver” algo, mas para transformar o todo em que este “algo” existe como está, e, assim, deve ser transformado junto com o todo social de que é parte (Brandão, 2007, p. 56).

Para isso, não apenas relações e processos, estruturas e organizações devem ser contextualizadas historicamente, mas também os sujeitos sociais que atravessam tais dinâmicas. Segundo Brandão (2007), todos os momentos da vida são vividos no fluxo de uma história e o modo como se integra organicamente os acontecimentos em sua dimensão histórica é o que explica as nuances de uma determinada realidade social.

Desse modo, não se pode não mencionar a situação de contato interétnico⁸ que atravessou socialidades⁹ indígenas dos séculos XVII a XIX e as investidas coloniais que se atualizaram nos séculos XX e XXI. O contato com a sociedade não-indígena levou povos indígenas do Brasil a enorme perda populacional, apagamento sociocultural e linguístico, tendo seus territórios invadidos por frentes de expansão colonial, na busca por mão-de-obra indígena, para pecuária e mineração.

Contudo, as experiências vividas em seus territórios, vinculadas aos seus corpos e às múltiplas relações de *confluência* (Nego Bispo, 2023) que estabeleceram com outras populações, produziram a resistência que possuem e está alinhada às dimensões da diferença/alteridade do que estes povos também chamam de *luta* (Oliveira, 2022, p. 130). A seguir, descreveremos como

⁸ Trata-se da situação de contato resultante das relações entre “sociedade colonial” e “sociedade colonizada” (Balandier, 1955).

⁹ Termo que Wagner (1974) e Strathern (1990) utilizaram para se referir aos povos melanésios em substituição ao termo “sociedade”, pois põem em xeque o fato dos melanésios não terem a “sociedade como problema” e nem “uma solução sistêmica para ela” tal como funciona nos modelos ocidentais. Para entender o modo como os melanésios pensam, o conceito de “sociedade” é inaplicável, pois “não é um ingrediente dos universos conceituais daqueles povos”. Incorporamos esse termo para falar de povos indígenas no Brasil e Maranhão também como estratégia retórica para enfatizar que estamos lidando com realidades radicalmente distintas.

pesquisadores (as) indígenas e não-indígenas estão transformando essa luta também em pesquisa sobre produção de cuidado e saúde nos territórios indígenas.

Reflorestando as mentes e corpos

As técnicas de pesquisa que comumente utilizamos em nossos percursos metodológicos devem, no mínimo, dar conta dos seguintes questionamentos: como devemos apresentar uma criação ou um texto sobre algo? Como as pessoas explicam o que criam?

Relembramos aqui do *Rios da Vida* da medicina indígena: foi a nossa trajetória que nos trouxe até aqui. E como Bispo dos Santos (2023) já havia nos alertado, “somos povos de trajetória, não somos povos de teoria” (p. 102). Desse modo, um percurso metodológico que perpassa por um mapeamento histórico da nossa experiência e trajetória é decisivo e para isso precisamos investir em um caminho metodológico que permeia noções de experiência, autorreflexão e autopercepção, ou seja, não ignorar nosso lugar na experiência humana do fazer pesquisa e perceber como nosso corpo pesa nesse processo (Oliveira, 2022, p. 14).

Sendo o nosso corpo o primeiro instrumento e técnica de pesquisa, as abordagens e técnicas de coleta de dados que porventura optarmos devem levar este corpo em consideração. Notoriamente, há muitas formas de fazer uma pesquisa participativa. Pode ser através da pesquisa qualitativa que utilize da elaboração e aplicação de questionários ou de um importante instrumento de pesquisa para as ciências humanas, a entrevista, podendo ela ser feita de diferentes maneiras: de forma estruturada, não-estruturada, semiestruturada e a entrevista compreensiva.

A narrativa também é uma opção metodológica de pesquisa participativa, bem como a fotografia pode ajudar em uma pesquisa investigativa. A roda de conversa, a Cartografia social, as Histórias de vida (em pesquisas qualitativas em saúde que utilizam um instrumento de investigação chamado *usuário-guia*), todas são metodologias participativas que consistem no *encontro*, na *confluência*¹⁰ e compartilhamento, no conviver e dialogar com as pessoas envolvidas na pesquisa.

Na pesquisa participativa sobre medicinas indígenas em Arariboia, ou seja, no encontro com o território, ouvindo as lideranças e especialistas em medicinas indígenas, aprendemos que “reflorestar as mentes e corpos” dos parentes que estão em sofrimento psíquico seria criar espaços de possibilidades para conexões com sua ancestralidade, com as matas e igarapés, com a história de seu povo e com a

¹⁰ Segundo Bispo dos Santos (2023), “a *confluência* é a energia que está nos movendo para o compartilhamento, para o reconhecimento, para o respeito. Um rio não deixa de ser um rio porque conflui com outro rio, ao contrário, ele passa a ser ele mesmo e outros rios, ele se fortalece. Quando a gente confluencia, a gente não deixa de ser a gente e outra gente – a gente rende. A confluência é uma força que rende, que aumenta, que amplia” (p. 15).

sua espiritualidade indígena. Aprender a reflorestar corpos é uma aprendizagem que se faz no coletivo com os parentes, pois aprendemos que essa divisão *Mente versus Corpo* é algo de nossas construções não-indígenas. Nossos corpos em pesquisa também estavam ali para serem marcados pelo registro das aprendizagens de decolonização.

Aprendemos também que, quando as mulheres da aldeia engravidam, elas nascem de novo para as suas mães, pois o parto e o nascimento bem-sucedido de uma criança indígena passam pelo cuidado coletivo com aquela gestante, desde o cumprimento dos resguardos por ela e toda a sua família, a realização dos rituais de iniciação depois que a criança começa a comer alimentos sólidos, os cuidados com a alimentação da mãe, do pai e da criança, até as caçadas que o pai da criança não pode fazer enquanto a mãe está de resguardo.

Nos compartilhamentos, ouvimos também que “quando eu não passo meu jenipapo eu me sinto fraca”¹¹ e que no manejo das plantas ou sementes que trazem proteção é preciso a manutenção do segredo, seja na demonstração de como usá-las ou não tornando público para o que ela serve e de que/quem ela protege.

São nesses encontros que aprendemos sobre as proposições cosmopolíticas (Stengers, 2018) desses povos, pois para os povos Tentehar/Guajajara de Arariboia não é possível elaborar uma caderneta da gestante indígena sem antes relatar a história de vida da avó de 103 anos, parteira, com relatos e histórias de partos que ela realizou. Também não é possível ter uma boa saúde mental na vida adulta se durante a gravidez, “que é quando começa a vida de uma pessoa”¹², a mãe não cumpriu as regras e ensinamentos dos mais velhos.

A pesquisa tem revelado que, quando o assunto é saúde mental, “quem não passa por todas as etapas têm a mente mais fraca”¹³, ou seja, todos os rituais de iniciação daquele povo. Isso porque durante a gravidez, os pais da criança precisam passar pelos resguardos, como já mencionamos anteriormente. O pai não pode matar determinadas caças e aves e a mãe, além dos cuidados para que a criança passe pelas festas iniciação, também precisa cumprir algumas restrições alimentares.

Quando “a criança nasce menina”¹⁴, até certo período da vida ela não poderá usar determinadas penas de aves e passarão por proibições mais rígidas por serem as mulheres que darão à luz futuramente. Há também a compreensão de que

¹¹ Anotação em diário de campo em 10/11/2023.

¹² Anotação em diário de campo em 10/11/2023.

¹³ Anotação em diário de campo em 10/11/2023.

¹⁴ Anotação em diário de campo em 10/11/2023.

quando a menina tentehar esconde a primeira menstruação da família, ela terá dificuldade de se abrir e conversar sobre seus sentimentos com a família.

Como refletiu Perolina Guajajara, o circuito de produção do que é alimento para aquele povo passa pela roça da aldeia (ou *ko* em língua tentehar), bem como também pela preparação ritual dos caçadores de animais de caça que servem como alimento. Além dos alimentos que vem da roça – por exemplo: a farinha azeda, a farinha branca, o grolado, o polvilho (para bolos), o molho (tucupi) e a puba lavada, todos oriundos do plantio da mandioca “braba” (*jaibara*) – e da caça, também há alimentos que vem da coleta, como frutas e sementes, tem os alimentos que vem da pesca no rio, os que vem da criação de animais, como galinha, porco, pato, e por fim os alimentos que eles compram.

Desse modo, o desafio do “fazer junto” na pesquisa participativa é maior para nós, pesquisadores (as) não-indígenas, que estamos acostumados com metodologias que buscam as definições e significados das coisas e que nos habituamos em dizer, em nossas pesquisas acadêmicas, como devem e não devem ser tais coisas. As proposições cosmopolíticas se apoiam em outra verificação que levam os (as) interlocutores (as) a pensar e refletir, ou seja, desacelerando os nossos raciocínios tão colonizados, criando uma sensibilidade diferente no que diz respeito aos problemas e situações que mobilizam seu povo (Stengers, 2018).

Considerações Finais

Durante a escrita, fizemos um esforço para “dar conta de pouca coisa muito bem” (Goldman, 2006, p. 170), mas não sei se obtivemos sucesso. Falamos sobre os compartilhamentos com os povos Tentehar/Gujajajara de Arariboia nos encontros e oficinas da pesquisa de medicinas indígenas, sobre as confluências entre todas as pessoas envolvidas na pesquisa, algumas proposições cosmopolíticas que ajudam a nós, não-indígenas, a desacelerar nosso raciocínio e a não reduzir como definições e significados científicos aquilo que nasceu para não ser entendido nos termos da ciência e da academia, mas como *contracolonialismo*¹⁵.

No fim das contas, tentamos explicar razoavelmente um número relativamente grande de coisas. Para Goldman (2006) existe uma importância conceitual aí: elaborar modelos de compreensão que pode funcionar como matriz de inteligibilidade em/para outros contextos (Veyne, 1978 apud. Goldman, p. 171).

Por mais que tenhamos cultivado objetivos ambiciosos no início deste texto, para além de refletir sobre a importância conceitual e política das metodologias

¹⁵ “O contracolonialismo é simples: é você querer me colonizar e eu não aceitar que você me colonize, é eu me defender” (Bispo dos Santos, 2023, p. 58).

participativas e das medicinas indígenas, o que ele nos trouxe foi a necessidade de elaborar um texto capaz de devolver para nós mesmos aquilo que venho fazendo há 10 anos: minha (re)inserção às dinâmicas de pesquisa junto aos povos indígenas do Maranhão, tentando revivê-las aqui para vislumbrar o que, de modo silencioso, possa ter me escapado.

O enfoque nas metodologias participativas na pesquisa com povos indígenas elucida a importância de abordagens que respeitem e valorizem o conhecimento local e as práticas culturais. Isso é crucial para promover uma pesquisa ética e inclusiva, que não apenas beneficie academicamente, mas que também fortaleça as comunidades. Isso é relevante não apenas para a academia, mas também para políticas públicas e práticas de saúde mais equânimes.

Ao mencionar proposições cosmopolíticas e contracolonialismo estamos desafiando paradigmas acadêmicos dominantes que tendem a marginalizar ou cooptar conhecimentos indígenas. Isso abre caminho para uma epistemologia diversa e plural, que reconhece e valoriza múltiplas formas de conhecimento. Assim, o encontro de saberes com povos indígenas demonstra uma responsabilidade ética e um compromisso com a transparência e o respeito mútuo.

Portanto, esse texto não apenas aborda questões teóricas e metodológicas *complexas*. Apresentamos aqui implicações práticas significativas para a “pesquisa com”, com as pessoas, com os coletivos, e, isso provoca em nós debates mais amplos sobre a produção do conhecimento, sobre relações de poder, sobre a ética na academia e além dela.

Mas como diz o querido Antônio Bispo, somos circularidade: *somos começo, meio e começo*. Talvez este texto seja o começo de uma jornada de potencialização sobre o que seja o compartilhamento de saberes vivos, em ato, em constante *devir* com os povos indígenas.

Referências

- Balandier, G. (1955). *Sociologie Actuelle de l' Afrique Noire, Dynamique Sociale em Afrique Centrale*, Paris. PUF, 1963, 2ª ed.. 1ª edição: 1955.
- Bispo dos Santos, A. (2023). *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu Editora / PISEAGRAMA.
- Brandão, C. R., & Borges, M. C. (2007). A pesquisa participante: Um momento da educação popular. *Revista Educação Popular*, 6, 51-62.
- Barreto, J. P. L. *et al.* (2018). Omerõ: constituição e circulação de conhecimentos Yepamahsã (Tukano). Universidade Federal do Amazonas. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI) – Manaus: EDUA. 192 p.

- Barreto, J. P. L. (2021). Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro. 190 f. **Tese** (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM).
- Ferdinand, M. (2022). *Uma ecologia decolonial: Pensar a partir do mundo caribenho*. São Paulo: Ubu Editora.
- Goldman, M. (2006). Alteridade e experiência: Antropologia e teoria etnográfica. *Etnográfica*, 10(1), 161-173. Centro em Rede de Investigação em Antropologia. Lisboa, Portugal.
- Haraway, D. (2022). *Quando as Espécies se Encontram*. São Paulo: Ubu Editora.
- Herzfeld, M. (2016). *A produção social da indiferença: Explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, C. F. (2022). *Educação intercultural como ferramenta de direito para povos indígenas do Maranhão: O ensino superior indígena na Universidade Estadual do Maranhão* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Piauí).
- Schweickardt, J. C., & Barreto, J. P. (Eds.). (2023). *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: Práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 25).
- Stengers, I. (2018). A proposição cosmopolítica. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, (69), 442-464.
- Strathern, M. (1990). O conceito de sociedade está teoricamente obsoleto? In: *O efeito etnográfico e outros ensaios*. São Paulo: Ubu Editora, 2018. 1ª publicação: 1990.
- Wagner, R. (1974). *Existem grupos sociais nas terras altas da Nova Guiné?*. Cadernos De Campo (São Paulo – 1991), 19(19), 237-257. Traduzido de: WAGNER, Roy. “Are There Social Groups in the New Guinea Highlands?” In: LEAF, Murray. *Frontiers of Anthropology*. Nova York: Cincinnati: Toronto: Londres: Melbourne: D. Van Nostrand Company. 1974. pp. 95-122
- .



A ciência decolonial na questão dos indígenas sem-terra: um ensaio sobre descasos urbanos, dignificação social e luta por territórios

Jefter Haad Ruiz da Silva¹

Fáisca Persistente²

Na segunda-feira, 18 de dezembro de 2023, Josué Munduruku acordou com o estrondo metálico de retroescavadeiras rondando as paredes finas de sua choupana. O tumulto do lado de fora falava por si próprio e, por mais que desejasse estar errado, o cheiro dos carburadores anunciava o destino do único pedaço de terra que sobrara de sua comunidade. Na área descampada de recreação agora jazia um aterro fúnebre; as cabanas de palha foram reduzidas à tijolos e cimento remoídos; os buritizais sufocavam em chamas, fumaça e breu. Mas foi durante a demolição da escola comunitária que a fúria das anciãs veio à tona e um fluxo contínuo de lamúria ecoou no vilarejo em um pranto coletivo.



¹ As ilustrações são do próprio autor.

² Narrativa baseada em fatos reportados pela mídia amazense no final de 2023 (Nunes, 2023; Brito, 2023). As ilustrações retratam imagens reais vinculadas em noticiários.

No meio da confusão de línguas, tacapes e terçados, erguia-se a máquina do sistema transmutada num contingente de oficiais do Agrupamento de Choque, Polícia Federal (PF), Corpo de Bombeiros, Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMAS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Enquanto os parentes resistiam num desacreditado cordão humano, seus pés descalços escorregavam pela lama, misturando-se ao suor e ao sangue das microagressões que afetavam não somente seus corpos cansados, mas também a honra de seus antepassados. Ao fundo da balbúrdia, o timbre monótono de jornalistas repetia a sentença concedida pela justiça que, em sua voz seletiva e olhos vendados, definiu o veredito:

Em razão do não reconhecimento do terreno como assentamento indígena, a Justiça Federal expediu nesta manhã a reintegração de posse da invasão conhecida como Comunidade Nukosen, do bairro Tarumã, aqui na capital amazonense. Até o momento, não se tem notícia de possíveis alternativas para os moradores desalojados.

Um cântico ancestral assentou o ambiente enquanto homens em seus pretos uniformes respondiam às manifestações com truculência. Explosões denunciavam a queda da única maloca que servia a comunidade – o reboliço daqueles destroços exibiu a memória de um povo reduzida à palha, madeira e terra vermelha cujo peso da história nunca fora escrito, mas, diariamente, verbalizado. A dor era difusa, porém coletiva. A lágrima era gorda, carregada, não seletiva. Mesmo assim, um menino protegeu seu vira-latas dos destroços, enquanto fagulhas suspensas no ar depositavam-se no dorso desnudo. Ouvia-se cânticos, mas também havia gritos.



Rodeado por prantos obscuros, Josué mergulhou numa angústia profana, amaldiçoando deuses mundanos que sequer conhecia, mas que já odiava com todas as forças. Os tais deuses que o apresentaram o diabetes, que o obrigaram a buscar atendimento na cidade, e que o levou à indigência subumana. Josué viu a vila de sua família ruir às cinzas mais vezes do que gostaria. Como se a vida do índio na cidade tivesse fadada a uma combustão instantânea, sustentada por um pavio curto, ameaçada por uma faísca permanente.



O Lugar do Indígena Urbano

A cobertura midiática da reintegração de posse da Comunidade Nukosen não passou de meia dúzia de notícias curtas publicadas em sites de alcance local. Um ou outro vídeo circulou nas redes sociais, mostrando o tumulto da comunidade e a truculência da polícia contra a comunidade, mas nada além disso. Na imprensa, o destaque do dia era outro: o envolvimento de subcelebridades no escândalo de estelionato praticado por plataformas de aposta digital (Sodre, 2023; Cordeiro, 2023).

O descaso com o discurso indígena no cotidiano da sociedade não é algo novo, mas ainda causa espanto naqueles que se prestam a ouvir suas queixas. Desnutrição, discriminação, silenciamento cultural, assassinatos etc. (Jesus, 2011); uma gama de subprodutos oriundos da sistemática negligência estatal que, por um lado presta auxílio, mas de outro abstêm-se de certas responsabilidades. Afinal, qual seria a relevância do bem-estar das 200 famílias da comunidade Nukosen para a regulação estatal do capital financeiro? Que impacto a vida de pessoas sem terras (e, portanto, desabrigadas) traria para o fortalecimento econômico do Brasil? Como

a condição de vida de Josué Munduruku frustraria o interesse de lobistas? A resposta a essas perguntas têm peso suficiente para pôr em evidência o descaso das condições de vida e saúde de indígenas urbanos? A fraca repercussão do referido caso na mídia nacional responde por si só.

Muito da invisibilização da luta indígena por suas terras remonta à solidificada imagem do índio originada por concepções colonialistas e que ainda vigora no imaginário de grande parte dos brasileiros: a ideia do índio que anda em grupo, que fala outra língua e que vive – exclusivamente – da caça, da pesca e dos insumos da natureza. Tudo o que foge à regra desta visão indianista romantizada de “bom selvagem” (Oliveira, 2005), tende a transparecer um sentido inferiorizado de pertencimento, como se estes estivessem limitados à rótulos pré-concebidos, impossibilitados de coexistirem entre a vida do homem urbano e a manutenção de seus costumes originários.

Dado o exposto, uma reflexão é inevitável: se não parte integrante da sociedade contemporânea, qual seria o lugar de desenvolvimento sociocultural de comunidades indígenas urbanas? Teriam, estes, garantias factíveis de seus próprios territórios?

Sobre isso, convém reconhecer a existência de esforços constitucionais que resguardam a legitimidade de espaços dignos de habitação, tal qual o disposto no Artigo 231 da Constituição Federal de 1988, que determina estas terras como sendo aquelas “por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários ao seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições” (Brasil, 1988). Porém, ainda que a legislação brasileira esboce sentidos legais à definição de terras indígenas, a real situação do país tem indicado que a problemática territorial do índio urbano carrega uma complexidade ainda mais profunda, difícil de ser superada, visto que o fenômeno de reintegração de posse de áreas invadidas, muitas vezes, fundamenta-se em obscuros preceitos políticos e econômicos.

A Questão Indígena: um território de luta e sangue

Não é de hoje que a “questão indígena” permeia debates sociopolíticos em território brasileiro. A luta por direitos básicos solidificou a hegemônica perspectiva pública de que o povo indígena é uma classe perpetuadora de revoltas desordeiras, que exige benefícios exclusivos por mera inércia produtiva e que baseia seus preceitos de exclusividade social em argumentos étnico-culturais que remontam falácias naturalistas. Esta ideia de “problema indígena” remonta a um passado

colonial onde ações militares de cunho político-organizacional eram tidas como prioridade a fim de mapear territórios e conter eventuais revoltas de comunidades nativas (Cruz, 2021).

Tendo em mente este ideal precipitado, torna-se fundamental refletir acerca da concepção originária de posse territorial que povoa parte da mentalidade de pessoas não indígenas: aquela que considera os povos tradicionais como donos destas terras apenas por estes terem sido os primeiros habitantes do país (Fernandes & Maciel, 2019). Pensar dessa forma, remonta a um conceito de privatização que evoca a estrutura capitalista de posse, legitimando a ideia de que o indígena compactua com um modelo econômico validado pelos preceitos da colonização – o que é um grande equívoco (Fernandes, 2018). O sentido de território para os povos indígenas vai muito além disso: perpassa sentidos complexos que abrange a construção de um espaço produtivo, social, simbólico e cultural. Abrange uma perspectiva transcendente às relações de poder e de demarcação político-administrativas, que expressa a construção de uma identidade coletiva, aberta à espiritualidade, constituída a partir de cosmovisões (Silva Rabelo *et al.*, 2022).

Contrária à sensibilidade deste sentido, encontra-se a máquina capitalista, quando grandes incorporadoras têm usado a alcunha desenvolvimentista para justificar o desmatamento e a degradação ambiental, deslegitimando a criação de áreas protegidas ao rotular como “ameaça à evolução agroeconômica” medidas judiciais que garantam o uso sustentável de territórios brasileiros. Neste ínterim, a dissimulada oposição intelectual de líderes políticos (moldados por ideologias partidárias) e empresas do agronegócio (reguladas por rigorosas demandas do mercado) fundamentam seus argumentos na “burocracia administrativa” para repassar à população a ideia de que toda discussão regulamentadora de terras indígenas é um trâmite dispensável ao atual modelo de desenvolvimento brasileiro (Carneiro Filho & Souza; 2009) – fato amplamente contestado por estudos que abordam, principalmente, o marco temporal para demarcação de terras indígenas (Osowski, 2017; Libois & Silva, 2021).

Contudo, compreender (e aprofundar-se) na influência do sentido territorial à constituição social destes espaços nem sempre é uma tarefa fácil para investigadores inexperientes. Parte disso advém da estrutura acadêmica ainda arraigada na noção eurocêntrica de povos originários – aquela onde o indígena é visto como um sujeito exótico, cuja imagem é indissociável à subsistência natural, longe de influências urbanas; um ser dinâmico em seu próprio grupo, porém recluso do restante da sociedade. Qualquer disposição que fuja deste conceito tende a considerar este indivíduo como um “ser” inferior às tratativas previamente rotuladas:

o indígena que é “menos indígena” por não viver em aldeia, por ter-se sujeitado à miséria da cidade grande, por ter “escolhido” viver numa espiral de desemprego, fome e ostracismo.

Sendo assim, como explorar uma visão mais crítica e acurada acerca dos problemas de territórios indígena se esta visão colonizada surge do berço científico (da base formativa)? Tal qual uma fresta obscura, esta perspectiva urge ser iluminada, reconhecendo a necessidade de pesquisas contextualizadas, capazes de decifrar os reais mecanismos da hipossuficiência da atual política territorial indigenista.

O perfil colonial de investigação tem sido sustentado pela ideia de coisificação dos sujeitos estudados, a partir da destituição da humanização em prol da realização de um estudo asséptico, isento de humanidade, que equipara os indivíduos à componentes sem vida, igualando-o aos objetos e espaços amorfos provenientes de experiências focais (Cruz, 2021). Manter o controle quanto a singularidade de culturas socialmente vulneráveis – ainda que na perspectiva da pesquisa – fortalece o ideal de dominância do homem não-indígena, dando a este o falso poder de controle sobre nuances culturais difíceis de serem quantificadas. Legitimar este formato eurocêntrico de ver o outro, limita a aproximação – e o consequente aprofundamento – às questões que realmente expressam seu modo de vida, suas lutas externas e demais necessidades.

Ponto de Ruptura: propostas de decolonização do “Fazer Ciência”

Dado os avanços no processo de reconhecimento oficial de terras indígenas, assim como sua influência na qualidade de vida desta população, entende-se a importância em valorizar processos contextualizados de investigação para a construção de um país mais justo às comunidades tradicionais. Requerer a antropologia como ato de reconhecimento, a fim de entender os problemas (e os sujeitos envolvidos) ao invés de tentar resolvê-los, pode ser um meio promissor de se fazer pesquisa – visto que tal formato opõe-se à remodelação do pensamento ocidental, o que, em termos práticos humaniza conhecimentos geopolíticos (Giuliano, 2018).

Cita-se, ainda, a existência de um pensamento fronteiro oriundo da interface entre o moderno e o colonial que urge ser reconhecido a fim de garantir uma pesquisa epistemológica desprendida do eurocentrismo (Mignolo, 2015) – sentido este que instiga o investigador a ancorar-se fora de uma lógica convencional, pondo-se, portanto, no interior desta profícua “fronteira moderna/colonial” (Nolasco, 2018). Conquistar este nível de preparo investigativo não costuma ser tarefa fácil, pois

exige um esforço gradativo daquele que pesquisa, em prol da ressignificação de suas crenças e da destituição de sua própria ignorância. Contudo, uma vez inserido neste excerto intelectual, o investigador torna-se hábil em transitar por uma episteme disruptiva, que reconhece (porém rejeita) aos sentidos ultrapassados da academia.

Outra importante estratégia no desenvolvimento decolonizante em pesquisa – e que tem fortalecido o acesso de indígenas ao “fazer ciência” – é a ampliação de políticas afirmativas de acesso à pós-graduação no Brasil, fator que tem buscado democratizar o ensino no país utilizando métricas equânimes de distribuição de vagas (Smith, 2018). Ainda que envolto em debates e estigmas por parte da população, esta iniciativa tem direcionado um olhar destituído de preceitos eurocêntricos, onde, dada as proporções, tem investido no reconhecimento discriminatório de práticas obsoletas para combater possíveis injustiças raciais e étnicas observadas no tempo presente (Gomes, 2003).

Neste contexto, é possível compreender o impacto social promovido pela relação simbólica de empoderamento acadêmico às pessoas indígenas, uma vez que estes sujeitos são aqueles que vivenciam a negligência colonial, as burocracias estatais e as ameaças criminosas relativas ao território onde residem. Com isso, tem-se uma perspectiva íntima sobre os problemas geopolíticos e a elucidação de pontos críticos que, dificilmente, seriam esclarecidos a partir do ponto de vista de pesquisadores não indígenas.

Entre Limites e Privilégios: o futuro de um Território Vivo

Pesquisar o lugar do “outro” nunca será uma tarefa completa, plenamente concluída, ou esgotada em si. Sempre existirão raízes profundas que o olhar social não será capaz de reconhecer. O mergulho científico nos simbolismos de uma cultura própria – ainda que fortemente embasado em lógicas factuais – sempre deixará lacunas que a percepção do pesquisador externo não será capaz de aplacar. A história, as motivações, os medos e esperanças – tudo isso só costuma ser bem esclarecido quando a investigação parte dos próprios sujeitos inseridos na cultura em questão. Quem, afinal de contas, melhor compreende as necessidades de sua comunidade, senão aqueles afetados por elas? No entanto, é importante reconhecer que a inclusão de certas culturas no âmbito acadêmico – em específico a indígena – ainda é deficitária no país, o que, inevitavelmente, enfraquece a consolidação de uma ciência contextualizada ao perfil brasileiro.

Contudo, uma vez identificada a hegemonia de não indígenas neste campo de pesquisa, cabe ao corpo acadêmico buscar, dentre tantas outras tratativas, alternativas que aproximem este pesquisador de uma investigação que respeite os

limites e as nuances de povos tradicionais, estimulando-os não somente a vivenciar o cotidiano indígena e suas oralidades, mas também a reconhecer suas lutas, derrotas e vitórias a fim de traçar um perfil histórico fidedigno sobre a real definição de território na concepção indígena. Além disso, formular debates (dentro da própria instância universitária) visando o reconhecimento de privilégios sociais, pode ser uma ótima alternativa ao futuro de uma pesquisa descolonizada, visto que a perspectiva realística de iniquidades sociais tende a favorecer a busca pela formulação de políticas públicas capazes de impactar o futuro da pesquisa científica referente à luta territorial de povos tradicionais.

Construir uma força pensante capaz de trabalhar em uníssono a prática decolonizante é uma missão que requer coragem, acima de tudo. Coragem de reconhecer privilégios e identificar os limites atribuídos ao lugar de fala de populações silenciadas – evocando sentidos simbólicos construídos por sujeitos em constante transformação. Assim, compreender a íntima relação entre povos indígenas e seus territórios, possibilita a formulação de políticas públicas equânimes que propaguem a real perspectiva sociocultural de resistência. Neste meio tempo, entre a maturação do entendimento e a concretização de sua prática, cabe ao corpo político, cultural e científico brasileiro evidenciar – à sua própria maneira – o descaso socioeconômico do índio urbano, que dia-após-dia é desumanizado, e que se distancia de sua ancestralidade à cada hectare de terra perdido.

Referências

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 28.
- Brito, A. (2023, 18 de dezembro). Às vésperas do natal, famílias são despejadas de comunidade indígena no Tarumã. *AM1*. Disponível em: <https://amazonas1.com.br/as-vesperas-do-natal-familias-sao-despejadas-de-comunidade-indigena-no-taruma/>
- Carneiro Filho, A., & Souza, O. B. (2009). *Atlas de pressões e ameaças às terras indígenas na Amazônia brasileira*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- Cordeiro, H. (2023, 20 de dezembro). site de apostas ilegais divulgado por influenciadores é denunciado pelo fantástico e agita internet. *Alô alô Bahia*. Disponível em: <https://aloalobahia.com/notas/site-de-apostas-ilegais-divulgado-por-influenciadores-e-exposto-pelo-fantastico-e-agita-internet>.
- Cruz, F. S. M. (2021). Povos indígenas, pesquisa e descolonização. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 36(105), 1-5.
- Fernandes, R. M. C., & Maciel, M. M. (2019). As políticas indigenistas e as lutas sociais indígenas: manifestações da questão social. *Temporalis*, 19(38), 70-86.
- Fernandes, R. M. C., Domingos, A., da Silva, R. F. S., & Carvalho, R. N. (2019, jul). Contribuições para Afirmção dos Direitos dos Estudantes Indígenas na

Educação Superior: uma experiência de extensão e pesquisa. Anais do 3º Congresso Internacional dos Povos da América Latina, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <http://www.mespt.unb.br/index.php/acervo/3-cipial-1>

- Giuliano, F. (Ed.). (2018). *¿Podemos pensar los no-europeos?: ética decolonial y geopolíticas del conocer*. Ediciones del Signo.
- Gomes, J. B. B. (2005). A recepção do instituto da ação afirmativa pelo direito constitucional brasileiro. *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*, 1, 45-80.
- Jesus, Z. R. D. (2011). Povos indígenas e história do Brasil: invisibilidade, silenciamento, violência e preconceito. *XXVI Simpósio Nacional de História da ANPUH, São Paulo*.
- Libois, R. D., & Silva, R. J. (2021). Marco temporal, Supremo Tribunal Federal e direitos dos povos indígenas: um retrocesso anunciado. *PerCursos*, 22(48), 399-429.
- Mignolo, W. D. (2015). Habitar la frontera: sentir y pensar la descolonialidad (Antología, 1999-2004). *Habitar la frontera*, 1-513.
- Nolasco, E. C. (2018). Descolonizando a pesquisa acadêmica: uma teorização sem disciplinas. *Cadernos de estudos culturais*, 1(19).
- Nunes, W. (2023, 18 de dezembro). Forças policiais retiram moradores da invasão Nusoken no Tarumã em Manaus. *Portal Remador*. Disponível em: <https://remador.com.br/forcas-policiais-retiram-moradores-da-invasao-nusoken-no-taruma-em-manaus/>
- Oliveira, M. F. D. (2005). Significações históricas do "índio": leituras da mídia impressa e da literatura (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10830>
- Oowski, R. (2017). O marco temporal para demarcação de terras indígenas, memória e esquecimento. *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, 22(2), 320-346.
- Silva Rabelo, T., de Oliveira Matos, F., & Lima, A. E. F. (2022). A concepção de território e sua importância na gestão de terras indígenas. *REDE-Revista Eletrônica do PRODEMA*, 15(2), 149-158.
- Smith, L. T. (2018). *Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas*. Paraná: Editora UFPR.
- Sodre, T. (2023, 14 de dezembro). Influenciadores expostos pelo Fantástico se revoltam e são obrigados a dar explicações na web. *Correio Braziliense*. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/colunistas/coluna-do-sodre/2023/12/6672540-influenciadores-expostos-pelo-fantastico-se-revoltam-e-sao-obrigados-a-dar-explicacoes-na-web.html>.



Diálogos entre medicinas a partir da iniciação científica: a racionalidade dos povos indígenas que tensionam o modelo biologista do cuidado

Raniele Alana Lima Alves
Edson César dos Santos Seixas
Rosemary Amanda Lima Alves
Leandra Freitas dos Santos
Fabiana Mânica Martins

Também temos o que mostrar: a nossos modos, com nossos protocolos
Jaider Esbell, 2021¹

O texto é fruto de uma iniciação científica (IC), como um exercício de uma pesquisa embasada de abordagem qualitativa. Utilizamos da entrevista narrativa para sistematizar as experiências das aprendizagens. Buscamos produzir narrativas acerca da atuação dos profissionais de medicina indígena no auge da pandemia de Covid-19, em 2020, na cidade de Manaus.

Os resultados reforçam a importância das medicinas indígenas em um contexto de colapso do modelo de oferta de serviços biomédicos. O trabalho aborda a formação dos especialistas de cura dos povos indígenas, em especial, do Povo Tukano, destacando as habilidades dos Kumuã em oferecer práticas de cura e cuidados em saúde às comunidades indígenas e não indígenas que se dá por meio de um complexo processo de transmissão de saberes ancestrais. As práticas da medicina indígena que dão no contexto da crítica epistêmica do pensamento ocidental e da colonialidade do saber. A valorização dos conhecimentos produzidos pelos povos indígenas e suas medicinas produzem efeitos significativos nas ações da saúde indígena, que tem a prática hegemônica da biomedicina.

O Brasil foi um dos epicentros da pandemia de Covid-19, e no que diz respeito ao estado do Amazonas, a pandemia gerou profundas transformações sociais na vida cotidiana e nos serviços de saúde. Essas mudanças impactaram tanto os trabalhadores da saúde quanto os usuários dos serviços de saúde, especialmente os povos da floresta que vivem na Amazônia (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos,

¹ Entrevista com Jaider Esbell, artista indígena do povo Macuxi, disponível em: <https://amlatina.contemporaryand.com/pt/editorial/jaider-esbell/>.

Lemos & Reis, 2022). A Covid-19 impôs, sobretudo, as populações indígenas desafios alarmantes relacionados à alta disseminação do vírus nas comunidades indígenas, com alto impacto nas condições de saúde acentuados pela vulnerabilidade social (Fiocruz, 2020). Em Manaus, capital do estado do Amazonas, houve uma quantidade preocupante de casos que exigiu uma adaptação da rede de serviços de saúde pública, os quais não estavam preparados para a ocasião. Além disso, os indígenas em contexto urbano não tinham acesso a um cuidado diferenciado (Alves, 2023).

Nesse cenário vale ressaltar a relevância das estratégias conduzidas pelas organizações indígenas para o enfrentamento e contenção da Covid nas comunidades indígenas, com participação nas atividades de vigilância através de monitoramento da pandemia em plataforma (Fiocruz, 2020). Além disso, como estratégia autônoma de produção do cuidado nas comunidades a utilização das práticas de medicina próprias dos seus povos através dos seus especialistas.

Destacamos a atuação desses especialistas no período da Pandemia de Covid-19, especialmente no ano de 2020, quando houve o colapso dos serviços de saúde e a negligência do Estado no acesso dos serviços aos povos originários. Por outro lado, vimos que a pandemia reforçou a estratégia dos povos originários em utilizar suas medicinas indígenas, trazendo práticas que estavam invisibilizadas pelo pensamento colonial ocidental (Tukano, Schweickardt, Barreto, Fernandes, Barreto, Abtibol & Baré, 2023).

Nesse contexto de medicina indígena evidenciamos a criação do Centro de Medicina Indígena do Amazonas Bahserikowi, fundado no dia 06 de junho de 2017, por iniciativa de João Paulo Tukano, apoiado por especialistas indígenas de cura de diferentes etnias do Alto Rio Negro, principalmente o povo Tukano, Tuyuka e Dessano (Barreto, 2018). A criação foi fundamentada no confronto entre os saberes indígenas curativa versus o modelo biomédico ocidental no contexto metropolitano amazonense. Nesse contexto, vale ressaltar a presença desses cuidadores em suas comunidades locais em relação ao processo saúde e doença.

Assim, a nossa principal motivação foi compreender a dinâmica e lugar da medicina indígena num contexto urbano como a cidade de Manaus. Outra motivação foi divulgar essas ideias para graduandos das ciências humanas e da saúde, no sentido de um aprendizado sobre e com outras formas de fazer medicina e saúde.

Como um estudo baseado em uma perspectiva decolonial, o presente texto visa reconhecer e valorizar os saberes ancestrais dos povos indígenas no que se refere aos cuidados em saúde e as estratégias de proteção e cuidado. Por isso é importante destacar a nossa escolha em nomear os saberes ancestrais e práticas

de cura e cuidado dos indígenas neste texto como medicina(s) indígena(s). A escolha parte de uma postura ética política dos autores em reconhecer a medicina indígena não como uma prática complementar, ou uma medicina alternativa, ou uma medicina tradicional, mas como uma medicina indígena que tal como a medicina biomédica possui uma racionalidade própria em compreender e praticar o cuidado em saúde.

Notas sobre o Percurso Metodológico

A abordagem metodológica é qualitativa de abordagem participativa, com o envolvimento dos autores com a temática e a vida das pessoas. Utilizamos um roteiro de entrevista narrativa, cujo objetivo foi construir a narrativa de vida do Kumü do Povo Tukano. Segundo Walter Benjamin (1994), na obra “Magia e técnica, arte e política”, as narrativas são formas artesanais de comunicação, utilizadas pelos seres humanos para contar histórias, quando o foco está nas experiências dos seres.

Além disso, foram sistematizados alguns tópicos relevantes como orientadores da conversa: 1) Identificação do especialista em medicina indígena: nome, procedência, etnia indígena e designação; 2) Reside no meio urbano há quanto tempo? 3) Habilidade/Ofício (pajé ou benzedor), quem o ensinou a sua habilidade? 4) Pararam de procurar seus serviços em 2020? 5) Há algum atendimento que o marcou? Se sim, discorra sobre. Se não, fale sobre o desenvolvimento do seu ofício naquele ano. Embora a conversa tivesse tópicos orientadores, a conversa não se limitou a eles, importante ressaltar que as narrativas trouxeram à tona outras temáticas, como a formação do Kumü, sua atuação fora da pandemia e alguns impasses por ele enfrentados.

Mignolo (2014) afirma que a abordagem participativa tem um caráter interdisciplinar e faz uma subversão a forma colonizadora da ciência eurocêntrica, que monopoliza o saber-fazer científico. Desse modo, neste estudo a abordagem participativa se deu também através das atividades extensionistas da Liga Universitária de Saúde Indígena (LUSI) da UFAM, as vivências em campo na Comunidade Parque das Tribos, no Centro de Medicina Bahserikowi, as rodas de conversas realizadas na liga que contribuíram para a produção/discussão coletiva do conhecimento relacionado à temática da saúde indígena.

Para garantir o anonimato do Kumü entrevistado, sem retirar o significado do que representa para o seu povo, decidimos denominá-lo de *Ume makcipeogue*², que em Tukano significa “homem sábio”. Para a construção desta narrativa de vida deste

² Tradução baseado no Giaccone, Antonio. Pequena Gramática E Dicionário Da Língua Tucana. Papelaria Velho Lino de Lino Aguiar, 1939. Disponível em: https://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Agiaccone-19sd-pequena/Giaccone_sd_PeqGramEDicLinguaTucana.pdf.

ancião indígena foi realizada uma entrevista no Centro de Medicina Indígena Bahserikowi do Amazonas, que teve duração de uma hora. A entrevista ocorreu em 16 de maio de 2024 às 15h e, posteriormente, foi transcrita, sistematizada e analisada para a construção deste artigo.

Para tanto, utilizamos o método narrativo, que Benjamin (1994) definiu como “a arte de contar”. O autor destaca que aquele que conta transmite um saber, uma sapiência, que seus ouvintes podem receber com proveito. Esse método foi escolhido porque a utilização dele permite ao entrevistado lembrar e reconstruir os acontecimentos vividos a partir de suas próprias experiências e memórias. Outrossim, em um primeiro momento de sistematização o texto foi organizado a partir da fala do entrevistado, sendo retiradas as interrupções, repetições e ruídos.

Optamos por uma abordagem dos pressupostos teóricos decoloniais discutidos por intelectuais indígenas, intelectuais negras por meio de categorias apresentadas pelo feminismo negro. Segundo Smith (2018), tais análises produzidas por teóricos afro-americanos viabilizam as discussões a respeito do conhecimento e sua construção social, metodologias e políticas de pesquisa. Desse modo, contribui para o entendimento das outras formas de produzir cuidado e conhecimento sobre saúde-doença, pois entende esses saberes e práticas de cuidado como construções sociais.

Após a transcrição e análise da entrevista a narrativa foi dividida em três categorias analíticas: a) o processo de formação dos Kumuã, com o relato do ancião sobre a sua iniciação no mundo de cuidadores; b) a atuação de *ume makcipeogue* na pandemia de Covid-19, que descreve o modo como atuou no contexto urbano manauara; c) o encontro de medicinas, onde apresentamos o diálogo entre as experiências de um kumü e um acadêmico de medicina (vivente na iniciação à pesquisa científica).

Ribeiro (2017) escreve sobre o conceito de “lugar de fala” através de um ponto de vista social. Dentre as teorias que a autora apresenta em sua obra para definir a temática, está a *feminist standpoint*, apresentada pela autora Patrícia Hill Collins. A perspectiva da teoria é que ela precisa ser discutida a partir da localização dos grupos nas relações de poder, levando em consideração, inclusive, as experiências distintas dos seres e seus lugares sociais de oportunidades e limitações durante o seu posicionamento em uma discussão. Aqui citamos Ribeiro (2017) para pontuar a necessidade de demarcarmos nosso lugar de fala o fazer científico, porque nosso lugar de fala, o lugar de onde partimos, reflete em nossas escolhas no campo da pesquisa.

Assim, como um dos autores deste texto, menciono o caminho percorrido até agora enquanto acadêmico de medicina e a relação com os povos indígenas foram fundamentais para o interesse em realizar uma pesquisa que dialogasse com os saberes ancestrais, mas, sobretudo a minha experiência enquanto acadêmico em uma faculdade que infelizmente ainda não reconhece a importância dos conhecimentos ancestrais no âmbito prático e epistêmico. Desse modo, a intenção deste estudo é provocar o fazer científico, principalmente a formação médica que tem como foco o conhecimento biomédico, que no campo do conhecimento científico opera as formas de cura e cuidado e contesta outras formas de saber-fazer saúdes.

Assim, este estudo faz parte do projeto “Medicina Indígena e bem viver: Políticas Públicas e desenvolvimento das populações na Amazônia” vinculado ao Laboratório de História e Políticas Públicas da Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia e ao Observatório de Saúde Comunitária, Saúde Ambiental e Territórios Sanitários (OBSCAT). Produto do projeto de iniciação científica denominado “Pajés e benzedores como promotores de saúde para as populações indígenas urbanas da cidade de Manaus durante o auge da pandemia de Covid-19” – PIBIC 2023/24 da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que propôs a sistematização de narrativas de especialistas de cura do Povo Tukano, os Kumüa, acerca das suas atuações durante a Pandemia de Covid-19. O projeto seguiu as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, sob CAAE: 68575923.0.0000.0005.

O processo de formação dos Kumuã: um olhar decolonial

Segundo Schweickardt & Barreto (2023), a medicina indígena por muitos anos vem sendo associada à ideia de “tradicional”. A luta contra a associação deste termo a medicina indígena é explicada pelos autores da obra “Trançar, Destrançar e Tecer na Dança e no Canto” com o fato de que ela não se estagnou no passado, ao contrário disso ela é praticada nos dias atuais e seus conhecimentos permanecem sendo repassados às novas gerações. Schweickardt & Barreto (2023) apontam que a colonização continua atuando no domínio das mentes e corações dos povos do mundo inteiro, mesmo com o fim do domínio político dos territórios. Isso porque algumas propriedades como intelecto vem sendo ocupadas por pessoas que não a detém. Como exemplo observa-se a ciência feita por homens brancos a partir de povos originários indígenas e quilombolas.

Notamos que tal ato apresenta-se semelhante à extração de riquezas brasileiras durante a colonização no século XVI, a qual deve ser combatida. Esse

processo de aculturação ocorre no mundo inteiro, e segundo Linda Smith (2018) em sua obra “Descolonizando metodologias: pesquisas e povos indígenas”, a pesquisa ocidental assumiu o papel de braço direito do processo de colonização, que reconheceu aos povos indígenas como “laboratórios da ciência ocidental”. Alguns outros autores corroboram a mesma linha de raciocínio, tal qual Smith (2018, p. 78) na seguinte passagem:

Nesse sistema de conhecimento, as ideias ocidentais são apresentadas como únicas possíveis, não havendo lugar para outras visões de mundo. O mundo colonial é visto como um laboratório em que teorias são testadas e conhecimentos são roubados, ao passo que o sujeito colonizado é destituído de sua humanidade e coisificado, para ser estudado como componente da paisagem local, tal qual a fauna e a flora.

Ainda usando as palavras de Smith (2018, pp. 41-42), “(...) tem-se que ‘pesquisar’ sempre foi sinônimo de classificar, dividir, hierarquizar, o mundo indígena passou a ser objetificado, dissecado e fragmentado, distribuído entre museus, coleções particulares, linguistas, antropólogos, arqueólogos e psicólogos”. Haja vista, aos povos indígenas é fortemente transmitida a imagem de que são matéria-prima ou uma ponte para a pós-graduação a ser atravessada pelos mais diversos pesquisadores, e nada mais do que isso.

Nesse viés, ocorre a popularização do movimento de decolonização, que contrapõe o movimento da colonialidade. Quijano (1997) definiu este como algo que transcende o colonialismo histórico mesmo mediante a independência dos povos e o fenômeno de decolonização. Maldonado-Torres (2019) registrou a decolonialidade como “*A luta contra a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos*” (p. 36). Desta maneira, o termo “decolonizar” está mais a fim de “incidir” e “surgir”, ao invés de “descolonizar”, que mais afim é de “descoberta” e “desfazer”.

Quijano (2005) aponta que as relações sociais que surgem a partir da ideia de raça, que hierarquiza determinados grupos sociais engendraram na América identidades sociais novas como indígenas, negros e mestiços. Tal processo contribuiu para o apagamento das práticas e conhecimentos dos povos originários, reforçando os estigmas e preconceitos em relação às práticas de cura e cuidado. Como bem diz Barreto (2022) quando aponta a forma como os conceitos de cura dos povos indígenas foram retratados como feitiço, benzimento, magia e bruxaria. Entretanto, reforça o autor, as práticas de cura e cuidado dos povos indígena não são práticas religiosas, não é religião.

Barreto (2021) registra que na região do Alto Rio Negro, estado do Amazonas, há três tipos de especialistas de cura – distintos e complementares – que cuidam da saúde das pessoas e do coletivo: *yai (pajé)*, *kumu* e *baya*. Segundo o autor, os três possuem a mesma formação de base, diferenciando-se pelas técnicas de cura que

operam (*kihti ukũse, bahsese e bahsamori*) e pelas atividades que desempenham na comunidade. Isto porque o *baya* além de Kumu é também o mestre de festa de *poose* (rituais de oferta) e de danças *kahpiwaya*. Enquanto, *bahsesé* é uma prática de cuidado ancestral voltado às ciências metafísicas em que elementos como o canto, preces e defumação são utilizados em prol de um objetivo, que pode ser a cura de uma doença, a proteção de uma pessoa (Barreto, 2018).

As vivências de um Kumü

Evaristo (2020) apresenta ao mundo a “Escrevivência”, uma ideia de que a escrita deve surgir a partir das experiências de vida das pessoas, especialmente aquelas que pertencem a grupos marginalizados, como as mulheres negras. Para Evaristo, a escrevivência não se limita apenas à produção literária, mas também envolve a valorização das vozes e das histórias de vida dessas pessoas, reconhecendo a importância da subjetividade e da memória coletiva.

A partir daqui a memória transcrita e valorizada é a de *ume makcipeogue*, o ancião entrevistado que aqui enquanto representatividade é um corpo coletivo, pertence ao povo Yepamahsã (Tukano) nascido na comunidade indígena São Domingos que se localiza no Alto Rio Negro, estado do Amazonas – na região do município de São Gabriel da Cachoeira, também conhecida como “Cabeça do Cachorro” pelo seu formato nos mapas. Ele residiu também no distrito de Pari-Cachoeira e atualmente mora em Manaus, capital do estado do Amazonas.

Desse modo, para início da conversa, apresentamos o ofício do ancião originário, a partir de suas próprias palavras, temos que:

É... Kumüã: muita gente né? Aí Kumü: só um. E tem diferença, pajé é outro. O pajé é aquele que joga água, que [ininteligível] a doença é pajé. Geralmente hoje em dia não existe mais pajé. Agora só tem kumü, que só fazem esse bahsese mesmo, que chamam de benzimento.

Castillo (2008), em “A transmissão do saber e o segredo”, ressalta a importância da oralidade, ou “tradição oral”, considerada a via exclusiva da transmissão do saber nos terreiros. Trazendo para o contexto desta pesquisa, para alguns povos indígenas e aqui especificamente falamos do Povo Tukano, a transmissão dos conhecimentos também é realizada através da oralidade. Abaixo segue o relato do ancião sobre o seu processo de formação:

[...] Sim. Eu aprendi com os meus avós né, primeiro. Meu avô era grande pajé. Ele foi um dos últimos né, que foi um dos melhores pajé que existia. Eu aprendi na minha infância com meu avô, e depois com o meu pai, que é filho de um pajé, ele já

tinha esses saberes dele que ele tinha repassado. Então eu vim aprender com ele também, fazendo cerimônia, com a ayahuasca, fazendo grande cerimônia de dança.

Ayahuasca, é carpir que a gente chama. Na nossa língua a gente chama carpir. É, tem carpir de três classes: classe de primeira classe é de Kumuã, de pajé, formação de pajé, e essas são outras, são pra virar o grande pajé mesmo. Mas tem outro carpir só pra festa, pra cerimônia de dança, isso eu tomava antes das cerimônias, fazer grande festa de dabucuri, carne de peixe, assim. Com isso, a gente tomando ayahuasca, a gente vem fazendo esse jejum já, antes das cerimônias, das festas grandes, os velhos falavam o benzimento. Eles convidam a pessoa, e é a pessoa que ele gosta também, que ele tem pessoa que senta e tem aquele negócio de ouvir pra aprender, sentar, beber caxiri, na festa é assim. Não é assim de, assim na sala, falando bahsese não. A gente aprende durante a cerimônia. Outros tocando instrumentos, outros dançando, lá o outro sentando com os velhos e aprendendo, é assim que a gente aprende. Agora às vezes os nossos pais né, eles falam de manhã: benzimento é assim, daquela doença é assim. Uma vez duas vezes só. Eles não continuam a sequência. É muito difícil aprender assim, dentro da casa mesmo. É muito difícil. Como o pessoal dizem né, durante caxirizada, tomando cachaça, tomando cachaça e tomando caxiri, eles falam. Cantando, sentado, vai contando essa história de benzimento, é assim, é assim. Agora você vai de bom assim, eles não falam não. Ah, pode ser ela assim, depois a gente fala, depois a gente conta, é assim. Sem beber eles não falam.

A partir da descrição do Kumü sobre a sua preparação para exercer a arte de cuidar, percebe-se a complexidade do processo de formação de um Kumü do povo Tukano. Ponto de vista este que é sustentado por Barreto (2021) em sua tese de doutorado, quando diz que o sistema de conhecimento de domínio dos Kumuã é complexo, sobretudo dos que atuam no Bahserikowi. Entretanto, apesar dos conhecimentos indígenas ancestrais serem complexos, sistematizados e válidos, não são reconhecidos como científicos pela perspectiva colonial, branca e eurocêntrica. Nesse sentido, Lander (2005) apresenta “a colonialidade do saber”, que diz respeito à forma como a colonização histórica não apenas impôs estruturas políticas e econômicas, mas também moldou os modos de produção de conhecimento. A colonialidade do saber sugere que as epistemologias, ou formas de conhecimento, derivadas da Europeização do mundo têm dominado as narrativas acadêmicas, muitas vezes deslegitimando outros saberes que não estejam alinhados a essa perspectiva.

Pereira, Ferreira & Lacerda (2021) afirmam que os povos indígenas apresentam seus próprios conceitos sobre saúde e doença, assim cada povo

apresenta uma forma específica de diagnosticar e tratar doenças e realizar suas práticas de cura. O antropólogo indígena João Paulo Barreto nos ajuda a compreender quando nos diz que:

Não teria melhor palavra que o “bahsese” para definir o meu grupo Üremiri-sararoyupuri-buberãporã. Bahsese, mais conhecido como benzimento, é a especialidade do meu grupo. É o conhecimento imprescindível, mais importante para a vida humana. Em outros termos, é uma tecnologia de cuidado em saúde e cura, além de ser uma tecnologia de construção de pessoa, comunicação e relações cosmopolíticas. Assim, eu sou de uma família de especialistas como Yaiwa e kumuã. E atualmente somos os grandes fundadores do primeiro Centro de Medicina Indígena Bahserikowi do Amazonas. Somos um centro de referência também para outros povos indígenas, para que possam se espelhar e assim criar os seus próprios espaços de cuidado em saúde e cura (Barreto, s.d).

A atuação do Kumü durante o auge da Pandemia de Covid-19

A pandemia de Covid-19 representou um marco histórico para todas as populações ao redor do mundo em virtude do impacto exercido sobre a sociedade, devido à natureza altamente contagiosa do agente etiológico e efeitos exercidos sobre o enfermo. Além disso, por se tratar de uma doença complexa e multissistêmica, a Covid-19 impacta também com as sequelas deixadas com o enfraquecimento do sistema imunológico e desenvolvimento de doenças secundárias adquiridas.

Assim, é importante destacar a disposição proximal entre as residências de famílias indígenas, quer sejam rurais ou urbanas, favorável à disseminação do agente etiológico viral e contaminação geral das comunidades. Não se esquecendo que há uma histórica vulnerabilidade registrada de populações indígenas frente a doenças classificadas como gripe (Eloy Amado & Motta Ribeiro, 2020).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) preconiza que a atenção à saúde indígena no âmbito do SUS se organiza a partir da estrutura dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e os Pólos-Base, que na perspectiva biomédica oferece a estrutura de uma rede de atenção básica para os povos originários dentro das áreas indígenas. Dessa forma, os Pólos-Base são a primeira referência na rede de saúde e a porta de entrada para responder à maioria dos agravos dos indígenas.

Contudo a PNASPI reforça a importância da atuação intercultural de modo que a medicina ocidental seja um recurso utilizado pelos indígenas de modo a somar com suas práticas de cura e cuidado e não o substituir. Schweickardt, Ahmadpour & Putira Sacuena (2024) salientam que o uso das medicinas indígenas enquanto estratégia decolonial nos propõe a repensar as formas de fazer saúde nos territórios indígenas que infelizmente ainda operam sobre as lógicas hegemônicas do

pensamento biomédico. Os autores apontam que diante de uma estrutura colonial de poder há resistência dos povos indígenas com o uso de suas medicinas.

Assim, os especialistas em medicina indígena são a referência em assistência em cuidados em saúde para as comunidades. Apesar dos especialistas das medicinas indígenas não fazerem parte do sistema de saúde indígena oficial, esses foram essenciais para as populações indígenas nos seus territórios quanto em contexto urbano durante a pandemia de Covid-19 na cidade de Manaus. Conforme corrobora o Kumü:

[...] Aqui em Manaus né, como não tinha muito conhecimento, o não indígena não procurava tanto, mas o povo indígena que procurava mais. Como era, benzer mesmo. A gente fazia né. Como a gente fazia esses benzimento... fazia esses tratamentos, porque isso foi um pouco muito cuidado com esse oxigênio sabe. Muita gente, aí os médicos, os enfermeiros entubaram a pessoa, aí eles morriam por isso. Porque aquele ar direto, a garganta seca e aí morria muito. Então falamos isso. As pessoas que chegavam com a gente, fazendo o tratamento, a gente falava isso. Cê tem que ter muito cuidado ir pro hospital porque aí essa intubação tá pegando muita morte. Levando a muita morte pra pessoa. Não, aqui, como a pessoa não tem essa respiração de ar, tem que tomar água. Benzer primeiro e tomar água, então vai passando. Mas isso que é falta de tomar água, eles pegavam e morriam.

O diálogo entre medicinas: caminhos possíveis para a decolonização na formação médica

Grosfoguel (2016) afirma que a epistemologia, ou seja, a ciência que valoriza o conhecimento humano – é aquela feita por homens brancos, cis, héteros de alguns países do considerado velho mundo (França, Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e Itália). Esse perfil de pesquisadores engessou o que conhecemos atualmente como a universalidade ocidentalizada, racista e sexista porque despreza o conhecimento científico dos povos invisibilizados, vulnerabilizados e que não seguem o padrão supracitado. De modo que mulheres, povos indígenas e quilombolas, populações LBGTQIAPN+ não tem voz e nem vez na perpetuação de conhecimento factível através das gerações. Apesar de que o façam mesmo assim, como uma forma de (r)esistência. Aliás, o que seria conhecimento científico?

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina determinam que: “Os conteúdos essenciais do curso de graduação em Medicina devem guardar estreita relação com as necessidades de saúde mais frequentes referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde”. Desse modo, a política admite que é de extrema importância se conhecer as necessidades sobre a maioria da população.

Mas a maioria de que população? Pois apesar de se localizar no meio da floresta amazônica, a Universidade Federal do Amazonas não possui uma disciplina dedicada ao estudo dos povos originários e suas formas de saber-fazer saúde. É fato que a grade curricular da universidade conta com quatro saúdes coletivas, mas que se dedicam em sua maioria a abordar o SUS.

É preciso considerar que os Povos Indígenas, em todo o mundo têm outras histórias para contar, que não aquelas captadas pelos pesquisadores. São as chamadas contra histórias faladas, que são os relatos alternativos que atuam como instrumentos de resistência nas comunidades indígenas (Smith, 2018). Sobre essas contra histórias, kumü nos exemplifica ao compartilhar uma experiência que teve ao atender uma criança, e nos expõe as diferenças epistemológicas nos modos de produção de cura e cuidado entre as medicinas:

Tem uma criança, não sei se era Covid, não sei também né, parece que era outra coisa, mas eu fui lá, e a criança tava lá no pronto socorro das crianças, aí o pai veio até aqui, me levou, aí os médicos já tinham intubado ele. Aí o pai me falou assim, pra ver esse benzimento, mas eu cheguei e eu vi que ele não tava mais vivo. Já tava agoniado já. Aí eu falei pro pai né: “eu acho que esse teu filho não vai sobreviver” “porque?” ele falou, “porque ele tá agoniado já” não tão mais conseguindo. O aparelho já, a doutora falou” não, a mãe, não sei o quê” ela defende logo né, “tá bom “eu falei. Aí o pai queria me pagar mil reais pra curar a criança. Aí eu falei pra ele “não”. Aí eu falei pra ele. Aí o outro dia me levou de novo, e não queria contar, mas ele forçou, forçou. Aí eu falei pra ele “teu filho tá morto já” eu o mandei ver. “Ele tá muito branco já. E esse aparelho tá enganando, a doutora tá te enganando”, eu falei. Mas não é que entregaram meia noite o corpo duro?!

Foi assim. Por isso o aparelho faz aquela força né. Não é que é realidade tipo, conforme a nossa saúde que ele tá forçando não. Era a energia da máquina que tava forçando. E outra também foi lá no hospital do... Delphina também. Esse eu também fui lá. O marido dela me convidou e eu fui lá, aí quando eu cheguei lá o médico me falou lá no UTI também: “ei XXXXX, tu não pode trazer água da cidade, tu tem que usar a água do hospital”. Tá bom. “então essa água do hospital veio da onde?” verdade, então. Toda a água da cidade vem da fábrica. A água do hospital não veio da água da chuva. A água do hospital não é do rio. A água do hospital não é do poço. Nada. É tudo industrializada. Até o soro também, tudo industrializado. Então eu trabalhei lá né, fiz esse benzimento. Ele me deu soro e tal, fez não sei o quê, aí em cima disso eu fiz isso. Passou uma semana, mas também eles aplicam muito esse calmante né. Por isso eles perdem a vida. Depois de uma semana nós conseguimos recuperar também, ela recuperou, se acordou [ininteligível] um

pouquinho, aí tinham falado pro marido dela: “parente, daqui a dois dias você tem que levar a sua mulher na sua casa, lá, pra gente poder fazer remédio, com bahsese, pra curar”. Ele queria sair, mas aí não sei se ele tava com medo do médico, aí ele ficou. Deixou. Aí depois de três dias levaram ela pra fazer cirurgia, aí mataram ela. Foi assim também.

Schweickardt & Barreto (2023) corroboram com a fala do Kumü ao explicitar que existem diferenças entre os dois modelos de conhecimento, sendo que a principal está na diferença em que tais modelos de conhecimento operam, sendo um baseado na oralidade e o outro na escrita. Os povos indígenas têm a oralidade como seu instrumento no saber-fazer saúde, conforme nos diz os autores:

Assim como qualquer profissional de saúde que tem seus aparatos próprios de proteção, que começa com o próprio sentido de jaleco, de diagnóstico como os instrumentos, os aparelhos e de receita que são os medicamentos, os povos indígenas têm a oralidade como seu instrumento ou objeto de manipulação, seja para o bem, ou para o mal. Nesse sentido, na força do “sopro” de manipulação “metaquímica” que sai na boca do especialista não é algo abstrato, e sim algo concreto, é a força que pela evocação e palavra, o especialista faz a manipulação metafísica e metafísica das coisas (Schweickardt & Barreto, 2023, p. 30).

Aprendizagens (in)conclusivas

Ailton Krenak (2019, p. 13) nos fala que “a minha provocação sobre adiar o fim do mundo é exatamente sempre poder contar mais uma história. Se pudermos fazer isso, estaremos adiando o fim”. Essa escrita talvez seja uma dessas tentativas de “adiar o fim do mundo”, tendo em vista a localização geográfica em que se inserem os autores e os espaços que ocupam academicamente falando, tornou-se mandatário realizar um estudo sobre especialistas de Medicina Indígena e a sua atuação. Utilizando da epistemologia e ferramentas metodológicas como a escrevivência, narrativas puderam ser coletadas a partir de um “eu coletivo” e analisadas a partir do olhar de acadêmicos de medicina localizados em um contexto amazônico.

O presente estudo possibilitou o registro do processo de formação de Kumü do Povo Tukano. Formação esta que é complexa e é alcançada através de anos de dedicação, rodas de caxirizada e conhecimento transmitido pela oralidade. Também, observamos pontos importantíssimos sobre a atuação do especialista Tukano durante o auge da pandemia de Covid-19, em 2020. Destacamos a atuação de especialistas indígenas foi importante para a resistência dos Povos Indígenas em contexto urbano. Por fim, registramos o encontro entre dois campos de conhecimentos, as medicinas: o modelo biomédico e as medicinas indígenas, aqui evidenciado a medicina do Povo Tukano. O encontro foi marcado por diferentes

racionalidades que as medicinas indígenas atuam na produção e promoção de tecnologias de cuidado em saúde.

A participação em variados contextos de representatividade social e política é crucial para a reintegração da identidade de uma comunidade, englobando o diálogo entre os conhecimentos da medicina contemporânea e das medicinas indígenas dos povos originários.

Referências

- Alves, R. A. L., Gomes, L. E., Toledo, N. T., Schweickardt, J. C. & Tobias, R. (2023). "NINGUÉM DEIXA DE SER INDÍGENA PORQUE MORA NA CIDADE": um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19. In: Tobias, R.; Toledo, N. N.; Bezerra, C. C., Alves, R. A. Li. & Andrade, T. R. (2023). *A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural*. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 306 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.26).
- Barreto, J. P. (2017). Bahserikowi-Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Amazônica-Revista de Antropologia*, v. 9, n. 2, p. 594-612.
- Barreto, J. P. L. (2022). *O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro*. Editora mil folhas: Brasília.
- Barreto, J. P. L. (s.d). *Bahserikowi medicina indígena escola viva Tukano-Dessano-Tuyuka*. Disponível em: <https://selvagemiciclo.com.br/escola-viva-tukano/>. Acesso em 14 jul 2024.
- Bastos, L. C., & Biar, L. de A.. (2015). Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. *DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, 31(spe), 97–126.
- Benjamin, W. (2012). *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. (2014). Ministério da Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/educacao-superior/diretrizes-curriculares-nacionais-do-curso-de-graduacao-em-medicina>. Acesso em: 20 ago 2024.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 30 de agosto de 2024.
- Castillo, L. E. (2010). *Entre a oralidade e a escrita: a etnografia nos candomblés da Bahia* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010, 231p. Disponível em: Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

- Eloy Amado, L. H., & Motta Ribeiro, A. M. (2020). Panorama e desafios dos povos indígenas no contexto de pandemia do Covid-19 no Brasil. *Confluências. Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*, 22(2), 335-360.
- Evaristo, C. A. Escrivência e seus subtextos. (2020). In: Duarte C. L., Nunes, I. R. (2020). *Escrivência: a escrita de nós. reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. ilustrações Goya Lopes. -- 1. ed. --Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte.
- Fiocruz, Fundação Osvaldo Cruz (2020). *Risco de Espalhamento da Covid-19 em Populações Indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidades geográficas e sociodemográfica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/PROCC;FGV. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40980#:~:text=FUNDA%20OSWALDO%20CRUZ.,%20PROCC%20FGV%202020>>. Acesso em 15 out. 2024.
- Giacone, A. (1939). *Pequena gramática e dicionário da língua tupacana*. Disponível em: https://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Agiacone-19sd-pequena/Giacone_sd_PeqGramEDicLinguaTucana.pdf. Acesso em 15 jul. 2024.
- Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*. V. 31, n 1.
- IBGE. (2022). Censo Demográfico: *indígenas – Primeiros resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lander, E. (2005). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales= Conselho Latino-americano de Ciências Sociais.
- Maldonado-Torres, N. (2019). Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N.; Grosfoguel (Orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico*. 2º ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Mignolo, W. (2014). *Desobediência epistêmica. Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. 2. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Pereira, A. S., Ferreira, L. O., Lacerda, L. F. B. (2021). Populações indígenas no contexto da pandemia Covid-19. In: El Kadri, M. R (org). et al. *Bem Viver: Saúde Mental Indígena*. 1 ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde e Amazônia, v. 12).
- Quijano, A. (1997). Colonialidad del Poder, Cultura y Conocimiento en América Latina. In: *Anuário Mariateguiano*. Lima: Amatua, v. 9, n. 9.
- Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*.

Perspectivas latino-americanas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, p.118-142.

Ribeiro, D. (2017). *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento.

Santos, B. S. (2007). *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo.

Schweickardt, J. C., Ahmadpour, B., & Putira Sacuena, E. R. (2024). A política de saúde indígena no Brasil: Atenção Primária e as potencialidades de diálogos com as medicinas indígenas. In: Teixeira, C. P., Santos, D. V. D., Azevedo, D. P. G. D., Alvarez, R. E. C., & Guillam, M. C. R. *Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 333 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.53).

Schweickardt, J. C., Barreto, J. P. (2023). Desatando e tecendo os nós para decolonizar a medicina indígena na Amazônia. In: Schweickardt, J. C., & Barreto, J. P. *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. In: *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 197 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.25).

Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Guedes, T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M, Lemos, S. M & Reis, A. E. S. (2022). Esperançando novos mundos: práticas sociais e saberes híbridos em tempos da Covid-19 no território líquido. In: Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Guedes, T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M, Lemos, S. M & Reis, A. E. S. *Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperançando novos mundos*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 320 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.23).

Smith, L. T. (2018). *Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas*. Curitiba: UFPR.

Veras Lima, K. J. *et al.* (2023). Repercussions and Legacy of the Covid-19 Pandemic in Manaus, Brazil: The Health Managers' Perspective. *Qualitative Health Research*, v. 33, n. 8-9, p. 8–9, 6 jun.

Tukano, J. P., Schweickardt J.C., Barreto, I. M., Fernandes, D. M., Barreto, A. L., Abtibol, F. & Baré. (2023). Práticas de Medicina Indígena nos territórios da Amazônia: Convivendo com os especialistas e conhecedores. In: Schweickardt, J. C e Barreto, J.P. *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 197 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.25).



“Nós fazemos medicina”: diálogos necessários para caminhos decoloniais

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Júlio Cesar Schweickardt
Sônia Maria Lemos

A perspectiva eurocêntrica do conhecimento opera como um espelho que distorce o que reflete.

Aníbal Quijano, 2008

Durante a colonização no Brasil, os povos indígenas foram vistos como seres inferiores, negou-se a diversidade de saber e perpetuou-se a ideia de “bárbaros”, “selvagens”, “infantis” (Vieira, 2019). A colonização resultou no genocídio dos povos indígenas, sendo que as políticas indigenistas portuguesas reduziram a população indígena de 5 milhões para 600 mil (Gomes, 2012).

A partir desse contato com o Europeu, os povos indígenas reconhecidos como os que não possuíam ciência, conhecimento, isso porque esses povos não “cabiam” na modernidade, seus ritos e práticas não eram (e ainda não são por muitas correntes) válidos, além de todas as práticas que foram perdidas pelo genocídio dos povos. Quijano (2009) explica que a diferenciação entre populações tradicionais e modernas é a base do entendimento, da população europeia se considerar como seres que estavam no nível mais avançado e contínuo da espécie.

Os rastros da colonização não acabaram com o fim desta era, pelo contrário, seguem até hoje. Na constituição de 1824, não houve citação ao povo indígena, já em 1910, após repercussões de extermínios indígenas foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), em suma, esse serviço entendia que os indígenas mereciam relacionar-se com a sociedade nacional, mesmo sendo inferiores (Vieira, 2019). Mais tarde, com a Constituição de 1988 os povos indígenas foram reconhecidos quanto a sua cultura, organização social, crenças e tradições (Brasil, 2016). Embora presentes na Constituição federal, as populações indígenas seguem sendo negligenciadas e atacadas, ficaram ausentes nas políticas públicas, tiveram suas terras contaminadas pelo garimpo (com incentivo governamental no período bolsonarista), nos grandes centros são executados, suas práticas inferiorizadas, dentre outros.

A contextualização é necessária para buscarmos compreender a base colonial, no entanto, o colonial aqui retratado é para além do período histórico, é a captura realizada em diferentes grupos sociais: modos de vida, práticas, ritos, conhecimentos. A partir desse entendimento, precisamos diferenciar colonialismo e colonialidade. O primeiro refere-se à exploração (colonizadores) das riquezas e trabalho de um povo (colonizados) e o segundo trata-se da dimensão simbólica que mantém a relação de poder sobre os povos colonizados (Tonial *et al.*, 2017).

O termo colonialidade foi proposto e desenvolvido pelo sociólogo peruano Quijano (2005) que utilizou o termo colonialidade do poder para tratar a constituição de um poder mundial moderno e eurocentrado, a partir da ideia imaginada de uma raça superior que naturaliza e hierarquiza os povos não-europeus como inferiores. Mignolo (2017) fala sobre a matriz colonial de poder que dá visibilidade a uns saberes pela invisibilidade de outros e assim se tornam, nessa perspectiva, não científicas, logo, inferiores.

Apesar do fim do colonialismo, há uma lógica colonial que perdura entre os saberes, os diferentes modos de vida, nações, diferentes grupos sociais e humanos (Tonial *et al.*, 2017). “Como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento e da produção do conhecimento” (Quijano, 2005, p. 121).

A luta pelo rompimento dessa dominação fortalecida pelo colonialismo é entendida como descolonialidade. Maldonado-Torres (2019) insere a decolonialidade como a luta contra a colonialidade e todos os “rastros” deixados, sobretudo material, epistêmico e simbólico. Schweickardt e Barreto (2023) afirmam que a decolonialidade se refere a processos históricos, mas que também estão no presente por meio das estruturas sociais e instituições. Decolonialidade sem o “s” tem um significado importante, muito mais como uma postura “política” como colocam Schweickardt e Barreto (2023), o decolonial fortalece o caminho que visibiliza e atravessa a linha colonial para a não colonial (Wash, 2010).

Dito isto, entender a medicina indígena como prática legítima, sem estabelecer comparações, sem conceituar ou adjetivar, é antes de tudo decolonizar o nosso pensamento, é despir-nos de todo e qualquer conceito, para mergulharmos numa outra racionalidade que nos guia a outros entendimentos, a um outro mundo (que nunca deveria ter deixado de ser também o nosso mundo).

Krenak (2020, p. 28) diz que “os nossos ancestrais não são só a geração que nos antecedeu agora, do nosso avô, do nosso bisavô. É uma grande corrente de seres que já passaram por aqui, que, no caso da nossa cultura, foram os

continuadores de ritos, de práticas, da nossa tradição[...]”. Esta afirmação reforça a luta daqueles que colonizados, inferiorizados, persistiram na perpetuação de suas práticas.

A decolonialidade pressupõe a discussão sobre a interculturalidade, especialmente a interculturalidade crítica, como proposta por Catherine Walsh (2012, p. 65): “cuestiona, profundamente la lógica irracional instrumental del capitalismo y apunta hacia la construcción de ‘sociedades diferentes, al otro ordenamiento social.’” A interculturalidade crítica “parte del asunto de poder, su patrón de racialización y la diferencia que ha sido construida a función de ello”. A autora ainda destaca que “el problema central del que parte la interculturalidad no es la diversidad étnico-cultural; es la diferencia construida como patrón de poder colonial que sigue trascendiendo prácticamente todas las esferas de la vida”. Por isso, Walsh afirma que necesitamos conquistar uma interculturalidade crítica, pois significa mudar as estruturas de poder, que inferiorizam e racializam o outro.

Aqui é importante diferenciar interculturalidade de multiculturalidade, sendo este construído no contexto europeu e estadunidense, em contexto neoliberal, que pressupõe o reconhecimento uns dos outros, sem problematizar as relações de poder e de dominação, hierarquização e a lógica colonial (Walsh, 2012; Borsani, 2021). “El término ‘multiculturalista’ vino a referir a la policromía que habita las calles parisinas, frankfurtianas, florentinas y más” (Borsani, 2021, p. 57).

A interculturalidade coloca em destaque a ideia de diversidade e da diferença cultural, não a partir de um determinado padrão colonial de poder, mas o “diverso y lo distinto lo es en tanto construcción epistémica política que conforma ‘algo’ en términos modélicos y ubica ‘algo outro’ em términos de alter y sub alter” (Borsani, 2021, p. 58). Assim, precisamos pensar de quem estamos falando, de que corpo estamos falando, qual é o “lugar de fala” do outro, para situarmos que a diferença se faz no encontro e no diálogo de relações simétricas e horizontais.

“Nós fazemos medicina” – As práticas da arte de cura

Não há nem conhecimentos puros,
nem conhecimentos completos. Há
constelações de conhecimentos
Santos, 2004

A medicina indígena quando presente nos textos, políticas, artigos e falas de pesquisadores ou instituições é dita como medicina tradicional ou práticas tradicionais. Aqui, no entanto, queremos trazer reflexões que nos baseiam para o uso do termo *medicina indígena* como forma de ampliar o que se reconhece nas

práticas de cuidado e de proteção dos especialistas indígenas, situando como uma estratégia decolonial. Cabe destacar que são práticas próprias e sistematizadas, com ênfase na oralidade e na ancestralidade, sendo, acima de tudo, um conhecimento aprendido e complexo, não se reduzindo a um *dom* ou *dádiva*, mas uma real experiência de ciência outra, fora dos parâmetros da ciência ocidental eurocentrada.

A Organização Panamericana de Saúde, baseados na Organização Mundial da Saúde, conceitua e distingue da seguinte forma¹:

Medicina tradicional: tem uma longa história, ancestralidade ou tradição. É a soma de conhecimentos, capacidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis pelos métodos científicos atuais ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais.

Medicina complementar: se refere a um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional de um determinado país e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde vigente. De acordo com a OMS, em alguns países, esses termos são usados alternadamente para fazer referência à medicina tradicional.

Barreto² defende o uso do termo Medicina Indígena, pois não é uma prática alternativa e complementar, colocado no passado da civilização, mas é tão contemporânea como outras formas de conhecimento. Por isso, há uma postura de uma “desobediência epistêmica”, no sentido de considerar as medicinas indígenas como parte de universais outros. Tal postura política tem sido adotada pelo Laboratório História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia.

Ao falarmos de medicina indígena, necessitamos entender que há uma racionalidade outra, logo, uma outra forma de expressar, interpretar, viver, ser, saber e entender todo o universo. Começamos pela concepção de corpo, para os povos indígenas o corpo é a síntese dos cosmos do mundo (Barreto, 2021), na perspectiva biomédica poderíamos considerar o corpo como um somatório de órgãos que juntos funcionam e mantêm a “matéria” viva.

Seguindo esse pensamento, o cuidado parte da concepção de corpo no qual os médicos e cuidadores biomédicos possuem suas ferramentas para manter o funcionamento de cada órgão, tratar e prevenir doenças. Assim, povos originários também possuem ferramentas próprias para o cuidado, que, segundo Barreto² é a “palavra” que serve de um instrumento concreto que é capaz de curar, cortar, empoderar.

¹ <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>

² Reflexões do João Paulo Lima Barreto no primeiro encontro do projeto de pesquisa Medicina Indígena e bem viver: políticas públicas e desenvolvimento das populações na Amazônia e apontamentos presentes na tese de Barreto intitulada Kumuã Kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento – prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro (Diário de Campo abril/2023).

O fato é que o cuidado acontece por meio dos especialistas indígenas que utilizam ferramentas disponíveis na natureza e conhecimentos que foram adquiridos ao longo da vida por meio da oralidade e das suas práticas e experimentos. É importante ressaltar que a prática do cuidado, na medicina indígena, não é religiosa, por sinal, é equivocado relacionar tais cuidados com religião.

Barreto (2021) explica que os religiosos fazem benzimentos, enquanto os especialistas indígenas estudaram para cuidar a partir das concepções indígenas. Religião tem criador e criatura, o objetivo é salvar a alma, há uma relação vertical. Para os povos indígenas, a medicina indígena é a arte da cura, a relação é horizontal, uma vez que todos os seres se encontram no mesmo nível.

Defender o uso do termo medicina indígena se faz *necessário*. A Izi enfermeira passa a entender sob uma outra perspectiva, “é a vista do ponto” ou a “dobra do pensamento”, uma vez que foi formada lendo, entendendo e perpetuando esse conhecimento indígena como algo cultural e alternativo ou complementar. Esse é um conhecimento outro, como nos dizem Kopenawa & Albert (2015, p. 458), “Os brancos acham que não sabemos nada, apenas porque não temos traços para desenhar nossas palavras em linhas. Outra grande mentira! Nós só ficaríamos ignorantes mesmo se não tivéssemos mais xamãs.” Os pajés, hekura, são fundamentais para o conhecimento do mundo ou para auxiliar nosso entendimento e sentido das coisas e da natureza, mesmo que grande parte do tempo continuaremos ignorantes do mundo outro.

João Paulo Barreto (2021) também afirma que um conhecimento não anula o outro, pois podem e devem coexistir. A medicina indígena é sempre a primeira opção para os indígenas, mas defende que o diálogo entre as medicinas e o debate acerca da temática abrirá possibilidades para que os especialistas indígenas também passem a tratar pessoas não indígenas. Nesse caminho, o primeiro passo foi dado com a criação do Centro de Medicina Indígena *Bahserikowi* em Manaus. “Se apresenta como um exercício desse esforço, um ponto de partida para a desmistificação do imaginário sobre os indígenas, propondo ser um lugar de encontro de saberes e práticas indígenas com o corpo” (Barreto, 2021, p.186).

Nessa perspectiva, Santos (2019, p.49) reconhece a existência de uma linha abissal que “marca a divisão radical entre formas de sociabilidade metropolitana e formas de sociabilidade colonial”. Assim, a ciência moderna possui a decisão do certo e errado e coloca o que está do outro lado da linha como falsos conhecimentos, não científicos, crenças, imaginário. Assim, o pensamento moderno colonial impôs uma forma única de pensar e fazer, negando a diversidade a pluralidade das

epistemes. O único universal a ser aceito é o da pluralidade e diversidade como um direito (Bosani, 2021).

Vieira (2019) faz uma importante reflexão quando diz que a colonização do território brasileiro definiu a população indígena em não-civilizados de forma também a classificar seus conhecimentos a tradicionais, não podendo ultrapassar a ideia de moderno/tradicional. Assim, a biomedicina reconhecida como aquela que detém o conhecimento “universal” do cuidado e cura, não deixa espaço para outras epistemes de cuidado.

A medicina indígena possui os especialistas indígenas conhecidos como xamãs, pajés, parteiras indígenas, puxadores, rezadores. O reconhecimento dos profissionais indígenas e de suas práticas, bem como a sua medicina, são necessários para caminhos decoloniais, seja na pesquisa, no cuidado ou na vida. Finalizamos, trazendo a poesia de Márcia Wayna Kambeba (2021), para ilustrar a relação com a modernidade.

Ser indígena – Ser omágua

Sou filha da selva, minha fala é Tupi.
Trago em meu peito,
as dores e as alegrias do povo Kambeba
e na alma, a força de reafirmar a
nossa identidade
que há tempo fico esquecida,
diluída na história
Mas hoje, revivo e resgato a chama
ancestral de nossa memória.

Sou Kambeba e existo sim:
No toque de todos os tambores,
na força de todos os arcos,
no sangue derramado que ainda colore
essa terra que é nossa.
Nossa dança guerreira tem começo,
mas não tem fim!
Foi a partir de uma gota d'água
que o sopro da vida
gerou o povo Omágua.
E na dança dos tempos

pajés e curacas
mantêm a palavra
dos espíritos da mata,
refúgio e morada
do povo cabeça-chata.

Que o nosso canto ecoe pelos ares
como um grito de clamor a Tupã,
em ritos sagrados,
em templos erguidos,
em todas as manhãs!

Referências

- Barreto, J.P.L. (2021). *Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro* [Tese Doutorado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas.
- Barreto, J.P.L. (2022). *O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro*. Brasília. Editora Mil Folhas.
- Borsani, M. E. (2021). *Rutas Decoloniales*. Buenos Aires: Del Signo.
- Brasil. (2023). *Constituição Federal de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10.jun.
- Gomes, M.P. (2012). *Os índios e o Brasil: passado, presente e futuro*. São Paulo: contextos.
- Kambeba, M. W. (2021). *Ay Kakyri Tama: eu moro na cidade*. Editora Jandaíra.
- Krenak, A. (2020). Caminhos para a cultura do Bem Viver. In: *Brasil: Cultura do Bem Viver*.
- Kopenawa, D. & Albert, B. (2015). *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Mignolo, W. D. (2017). Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. *Revista brasileira de ciências sociais*, 32, e329402.
- Quijano, A. (2005). “Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina”. Lander, E. (org). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Quijano, A. (2009). Colonialidade do Poder e Classificação Social. In: Santos, B. de S; Menezes, M.P (ORG.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra, Pt: Edições Almedina.

- Santos, B. S. (2019). *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. Autêntica.
- Schweickardt, J. C & Barreto, J. P. (2023) Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. In: Schweickardt, J. C & Barreto, J. P. *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023,197 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 25).
- Tonial, F. A. L; Maheirie, K; Garcia Jr, C. A. S. (2017). A resistência à colonialidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 16(1), 18-26.
- Vieira, N.B.S. (2019). “Tem que ser nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção de política de saúde no Brasil. [Tese doutorado]. São Paulo.
- Walsh, C. (2017). *Pedagogias decoloniais: práticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. Tomo I. Equador: Editora Abya-Yala.



Decolonidade e medicina indígena: um cuidado em processo

Marluce Mineiro Pereira
Júlio Cesar Schweickardt

Apresentação

Os desafios decoloniais perpassam a sociogênese: conceito cunhado por Frantz Fanon para explicar o racismo epistêmico (seres menos racionais) e ontológico (seres humanamente inferiores). A ideologia colonialista refere que a pessoa negra é “ontologicamente inferior e, portanto, também o é epistemicamente; é inferior epistemicamente e, portanto, também o é ontologicamente” (Mignolo, 2017, p.22). Essa ideologia por muito tempo forjou uma consciência advinda do imaginário racial do mundo colonial ‘moderno’, afetando a identidade racial de negros e de indígenas.

No caso dos indígenas brasileiros, a identidade se constituiu como parte do processo de colonização vivido. As diferenças culturais, espirituais, cosmologias e cosmogonias foram ignoradas e silenciados. O epistemicídio promovido pelo eurocentrismo desqualificou os saberes locais, os conceitos próprios dos povos originários, suas formas de relacionar-se com o ambiente, de promover saúde, cura, e seus modos de viver no mundo e sua relação com outros seres (Schweickardt & Barreto, 2023).

Classificar uma sociedade ou grupo social como inferior a partir da cor da pele, da língua falada, das crenças e dos valores, foi uma forma de dominação colonialista violenta e agressiva. Como determinar empiricamente tal classificação? Não existe “um como”. A epistemologia territorial e imperial foi inventada para que os povos subordinados aceitassem e assimilassem com resignação a condição imposta, e o impacto do discurso de inferioridade e superioridade até os dias atuais reverbera não apenas, mas também, em um racismo estrutural difícil de combater (Giuliano, 2018). Para ocupar espaços privilegiados exige um esforço muito maior dos quilombolas, indígenas e imigrantes para a superação da ideologia da supremacia branca. Assim, decolonizar é necessário! E por várias razões. Precisamos percorrer um caminho de desprendimento, como nos diz Mignolo, e incorporar a ‘desobediência epistêmica’ para que o Outro enxergue a si mesmo, em um processo

de (re)subjetivação (Mignolo, 2014). Abaixo, no cordel “Um pensar decolonial”, refletimos um pouco sobre esse processo.

Cordel 1- Um pensar decolonial

Muito se fala da Europa	Na prática a teoria foi outra
Como o centro da civilização	E resultou em exploração
Quem conhece essa história	Massacraram nossos povos
Já ouviu falar de colonização	Era preciso intervenção
Contada pelo homem branco	Da terra tiramos nosso sustento
Que nossa terra invadiu	Integrados à natureza
Não conta a história direito	Quilombolas e indígenas
De como meu povo surgiu	Levamos a vida com leveza
Trazidas pelo europeu	Nossa luta sempre foi grande
Durante a sua ocupação	Para preservar nossas origens
Suas ideias e valores	Nosso bem imaterial
Saberes e cosmovisão	Nossa cultura, nossas raízes
São supervalorizados	Nos parece mais sensato
Modernismo e desenvolvimento	Romper com essa falácia
Em oposição ao nativo	Que o branco é superior
Outro tipo de conhecimento	E pensa com mais eficácia
Mediam a partir de seus conceitos	Não desmerecemos seu saber
Sem levar em consideração	Pertence à cultura ocidental
Que outros povos e sociedades	Porém, agora é necessário
Tinham sua própria visão	Um pensar decolonial
A Colonialidade do poder	Um pensamento contrário
Tinha um discurso belo	Ao processo atual de colonização
“Levar o desenvolvimento”	Chama-se decolonialidade
Com os “primitivos” fazer um elo	Projeto epistêmico em construção

Cordel 2- Sensibilidade de Mundo

Decolonizar implica entender que há uma multiplicidade de saberes, que não correspondem ao paradigma científico “moderno”, pois há uma diversidade de povos que produzem e reproduzem suas relações sociais, a partir de suas lógicas, crenças, saberes e sensibilidade de mundo¹.

¹ Mignolo (2017) opta por usar a expressão “sensibilidade de mundo” no lugar de “visão do mundo” por entender que o conceito de “visão” é privilegiado na epistemologia ocidental.

Decolonizar é por fim	A primeira questão portanto
Ao regime colonial	É negar a tese de hierarquização
Desmontando concepções	Que coloca a Europa
Um pensar não ocidental	Como berço da civilização
Suas bases históricas	A segunda questão seria
Surgiram em uma Conferência	Ofertar um diálogo intercultural
Na Conferência de Bandung ²	A Ecologia de saberes
Se viu a nova emergência objetivando	Deveria ser algo natural
encontrar as bases	
Para uma nova visão de futuro	É uma prática que considera
Que não fosse capitalista	Toda a pluralidade
E trouxesse algo profundo	Aprendendo no território
Construir um novo pensar	A conviver com a diversidade
Através da reflexão	A região do Alto Rio Negro
Não é tarefa fácil	É um claro exemplo disso
Exige muita atenção	No Amazonas há muitos povos
	Que não aceitam ser submissos
Podemos pensar los no-europeus?	
Como europeus não podemos pensar	O exercício para a construção
Seria anular nossa identidade	De uma ecologia dos bons saberes
É preciso desmistificar	Faz parte de uma luta
Quem poderá nos ajudar?	Que envolve todos os seres
A transformar os pensamentos?	Um bom conhecer é transversal
Dussel, Quijano e Mignolo	Implica em sensibilidade
Nos dão novos fundamentos	Os povos originários
	Têm suas singularidades

Tratar os saberes e práticas da medicina indígena como ‘tradicional’ se insere na mesma perspectiva de subjugação dos outros povos e invisibilização da multiplicidade de saberes que não correspondem ao paradigma científico eurocêntrico (Schweickardt & Barreto, 2023). Um olhar indígena sobre a saúde narrado João Paulo Barreto Tukano nos leva a refletir acerca dos cuidados em saúde dos povos Tukano do Alto Rio Negro no Amazonas. Barreto explica que na lógica biomédica o poder de intervenção no corpo está na cura enquanto para os povos do

² Realizada em 1955 na Indonésia, defendeu como princípios fundamentais a luta contra o colonialismo, o direito de todos os povos à autodeterminação, a luta pela independência e pela liberdade de escolha dos estados relativamente aos seus próprios sistemas políticos.

rio negro está na prevenção. A prevenção se dá principalmente pelo **bahsese** (repertório de palavras para a comunicação do especialista com os **waimasã**-seres capazes de trazer doença). O **kumu** (especialista que detém o conhecimento sobre o modo de cuidar da saúde), faz a constituição de nomes e elementos para proteger o corpo da pessoa (FAPESP,2023).

Cordel 3- O corpo e seus elementos

Na tentativa de encaixar	Mas afinal o que é corpo?
O conhecimento indígena	Temos uma noção muito clara
Na lógica da ciência ocidental	É formado de seis elementos
Nem tudo se explica	Uma síntese muito rara
Etnoconhecimento, Etnociência,	Água, terra, floresta
Etnobotânica, Etnobiologia	Animal, ar e calor
Tudo se transformou em etno	Quando um deles se desequilibra
Mas, não traduz nosso pensar	No corpo vai causar dor
Desqualificam nosso conhecimento	É preciso se submeter
Chamando-o de tradicional	A todo instante aos cuidados
Temos um modelo próprio	Mantendo a todo o tempo
Que é um outro universal	Os elementos equalizados
Práticas e cuidados próprios	Para nós Tukano tudo é corpo
Com própria metodologia	Folhas, frutos e homem
Trançar, destrançar e tecer na dança	A diferença entre esses corpos
E no canto, nossa alegria	É que ao nascer temos um nome
Temos fundamentalmente	O nome é um poder coletivo
Três especialidades	Uma dimensão metafísica
Yai, Kumu e Baia ³	Que do corpo humano faz parte
Com suas potencialidades	E ao coletivo se aplica
Práticas de prevenção e cura	Temos nossa medicina
Que variam entre os povos	Somos povos prevenidos
Temos muitas medicinas	Sempre fazemos o <i>bahsese</i>
Que equilibram nossos corpos	Para ficarmos protegidos

O **bahsese** é uma prática de intervenção e de cuidado com o corpo, usado também para “descontaminação” dos alimentos, tornando-os apropriados ao

³ Especialistas indígenas da região do Alto Rio Negro e detentores de conhecimentos, para o exercício do ofício de “xamã”, São os formadores responsáveis por novos especialistas.

consumo humano (Barreto, Azevedo, Maia & Rezende, 2018), sendo usado para aliviar a dor da saudade de um ente falecido, ou para encurtar o tempo de luto, para afastar perigos e equalizar o desequilíbrio dos elementos constitutivos do corpo. É considerado ainda um instrumento de produção da vida diária e um referencial pelo qual se produzem ideias, valores éticos e estéticos, dos povos Tukano (Barreto, 2021).

As expressões usadas para se comunicar com os *waimasã* são retiradas dos *kihti ukūse* (narrativas míticas) e comumente o *kumu* usa cigarro, tabaco, breu, urucu, sal, pimenta na comunicação com *waimasã* (Barreto *et al.*, 2018, Barreto, 2021). Com o *Kihti ukūse* e o *bahsamori*, o *bahsese* forma a trindade conceitual da rede cosmológica Tukano (Barreto *et al.*, 2018). O que fundamenta a prática de cuidado e cura dos Tukano é o claro conhecimento de que o corpo é constituído de água, calor, terra, ar, animal e floresta e o desequilíbrio de qualquer um dos elementos, causa o adoecimento do corpo (FAPESP, 2023). Diferente da medicina ocidental, o conhecimento dos povos Tukano sobre saúde se traduzem na medicina indígena ou por que não, medicinas indígenas. Possuem suas próprias práticas, seus próprios conceitos, teorias e sistemas (FAPESP, 2023). É um saber que não tem a pretensão de se sobrepor a outras formas de saber, mas, promover junto, fazer junto, respeitando a pluralidade de conhecimentos e possibilidades de Bem Viver em harmonia e reciprocidade entre os povos.

Considerações Finais

Construir um lugar de pensamento onde possam coexistir subjetividades e multiplicidade de saberes nos coloca na condição de pensar em muitas possibilidades de pensar, ser e viver. Não necessariamente ‘apenas’ ver e ser como reflete Facundo, mas pensar a partir de cada situação geo e corpopolítica, considerando raça, classe, gênero, nacionalidade, língua, religião, cultura e, sobretudo, sensibilidade de mundo. Esse lugar de pensamento pressupõe uma ética e estética, ainda em construção, mas quem sabe inspirada nos Wichí; uma ética captada por meio de um olhar, um dizer, um gesto, ratificada pela transmissão de pensamentos.

Produzir subjetividade implica necessariamente compreender o seu modo de ser e estar no mundo. Uma vez tendo a consciência de ser e estar, suas origens, raízes e sensibilidade de mundo, podemos integrar os múltiplos saberes. Sabemos que há muito conhecimento válido, embora não possuam a mesma validade. Entretanto, é fundamental conhecer as diferentes perspectivas e o seu uso em cada contexto. As limitações e diferentes linguagens e formas de explicar um mesmo

fenômeno devem ser postas em um diálogo que permita que outras lógicas de produzir cuidados em saúde. Ética, conhecimentos e visões de mundo são tipos de conhecimento importantes, não exclusivos da colonialidade, e por essa razão, promover uma “desobediência epistêmica” (Mignolo, 2010) ou uma “transgredir” (bell Hooks, 2017), é dizer que existem conhecimentos, estéticas e mundos para além do eurocentrismo, para produzirmos a dignidade ontológica.

Referências

- Araújo, F. (2019). *A Escansão Poética- poema e canção*. [Video]. Youtube. <<https://www.youtube.com/watch?v=SaOLAm5vaT0>> Acesso em 08 de jan. de 2024.
- Araújo, F. (2020a). *Como fazer um cordel passo a passo- da escrita à impressão*. [Vídeo]. Youtube <<https://www.youtube.com/watch?v=PxasQHMB-Dw>>. Acesso em 08 de jan. de 2024.
- Araújo, F. (2020b). *Literatura, a arte da palavra o início da arte*. [Vídeo]. Youtube <<https://www.youtube.com/watch?v=VCge8etHl50>>. Acesso em 08 de jan. de 2024.
- Barreto, J.P. L. (2021). Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro. *Tese de doutorado*, Manaus: Universidade Federal do Amazonas.
- Barreto, J.P. L, Azevedo, D.L., Maia, G.S., & Rezende, J.S. (2018). *OMERÕ: constituição e circulação de conhecimentos Yepamahsã (Tukano)*. Universidade Federal do Amazonas. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI) – Manaus: EDUA.
- FAPESP. (2023). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. *Antropólogo da etnia Tukano revela conceitos da medicina indígena. Um olhar indígena sobre a saúde*. Retirado em 11 janeiro, 2024, de: <<https://www.youtube.com/watch?v=f45cHWGLnPs>>.
- Giuliano, F. (2018). La pregunta que luego estamos si(gui)endo: manifestaciones de una custión ética-geopolítica. In: Giuliano, F., Dabashi, H., Mignolo, W., Aguer, B., & Downer, C. *Podemos pensar los no-europeus? Ética decolonial y geopolíticas del conocer* (pp. 11-73). Buenos Aires: Del Signo.
- Hooks, bell. (2017). *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Mignolo, W. (2014). Retos decoloniales, hoy. In: Borsani, María Eugenia; Quintero, Pablo (Comp. *Los desafíos decoloniales de nuestros días: pensar en colectivo*. (1a ed. Cap. 1, pp. 23-46) – Buenos Aires: Neuquén – EDUCO – Universidad Nacional del Comahue. Retirado em 17, janeiro, 2024, de <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital>.
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Buenos Aires: Del Signo.

- Santos, D. (2021, março 14). Sobre a decolonialidade. Recanto das Letras. [Vídeo]. YouTube. <https://www.recantodasletras.com.br/cordel/7204193>>. Acesso em 15 de jan. de 2024.
- Schweickardt, J. C., & Barreto, J.P. (2023). *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia* 1.ed. ed. Porto Alegre, RS: Rede Unida.
- Souza, M.M. de; Lima, C. M. B.M., & Penha, G. M. B. (2017). A literatura de cordel e suas contribuições para o ensino da leitura na sala de aula. *Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura*, v. 6, n. 2, 19 dez.
- Tabajara, A. (2022, maio 24). – *Culturas indígenas*. [Vídeo]. YouTube. <https://youtube.com/watch?v=ibJ5j4b4zcY>>. Acesso em: 11 jan. 2024



Los saberes ancestrales como pervivencia viva en salud en indígenas del Vaupés, en la Amazonia Colombiana

Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez
Johanna Gonçalves Marín
Carlos Eduardo Rodríguez Ramirez
Alcindo Antônio Ferla

Introducción

Hay un debate epistemológico relevante en cuanto a la naturaleza de las orientaciones que se emanan para la prestación de servicios de salud, sobre todo en relación con los aspectos culturales. Arouca (2003) en su tesis doctoral, alerta que hay un "dilema" en las acciones de promoción y prevención implementadas por las políticas públicas, que es relativo a la predominancia de la lógica biomédica de esas acciones. El "dilema preventivista" sería, según el autor, la tendencia de hacer los riesgos y vulnerabilidades como "pre-patologías", o sea, de desencadenar acciones que ponen en escena tecnologías de asistencia a las enfermedades y no de calificar el andar de la vida en el cotidiano de las personas. Madel Luz (2014), al constituir la categoría de "instituciones médicas", ya alertaba la tendencia de las políticas de salud a reflejar discursos basados en la biomedicina, en oposición con otras lógicas de producción de salud que, incluso, tienen más capacidad de responder a la complejidad de la producción de la salud en el cotidiano (Luz, 2009).

Portela (2015) reconoce la existencia de las otras epistemes o saberes-otros diferentes a los de la biomedicina, que según este autor han sido invisibilizados y se conocen por los modos de resistencia de los grupos socioculturales para preservarlos. Ferla (2002) propone abrirse a prácticas híbridas para ampliar la capacidad de respuesta de la clínica médica y señala la necesidad de nomadizar los saberes y prácticas que sustentan el trabajo, para que desarrollen nuevas mesetas de atención integral, basadas en una pedagogía mestiza, en la vida cotidiana de los territorios. En este tipo de epistemes se encuentra el pensamiento y la medicina de los pueblos indígenas, entre otras medicinas de diferentes sociedades y culturas, que la Organización Mundial de la Salud-OMS desde el año 2014 la ha denominado medicina tradicional, complementaria e integrativa-MTCI. Desde entonces ha promulgado su implementación en las políticas públicas de salud de sus países

miembros. Actualmente alrededor de 100 países en el mundo tienen políticas y estrategias nacionales relacionadas con este tipo de medicina, sin embargo existe oposición y cuestionamientos sobre la integración de la medicina “tradicional” con la medicina “moderna”, principalmente por los miembros que integran los sistemas hegemónicos globales, como muestra de ello en la primera cumbre global de la OMS en medicina tradicional realizada en agosto del año 2023 causó revuelo y generó alarma y preocupación al proponer en la agenda política global de salud la integración de ambas medicinas, tal como lo expresó el Dr. Hans Kluge, director regional de la OMS para Europa, al cierre de esa primera cumbre: “han sacudido suavemente el status quo que, durante demasiado tiempo, ha separado diferentes enfoques de la medicina y la salud” (OMS, 2023).

Esta separación de diferentes racionalidades médicas es muy visible en territorios étnicos, como es el caso del Vaupés, uno de los departamentos de la Amazonia Colombiana que hace frontera con Brasil, donde se concentra la mayor población indígena del país y la más diversa, este territorio se conoce como el gran complejo sociocultural del país. Los indígenas son la mayoría en el territorio, seguida por los Cabucos que son un grupo poblacional originado por la mezcla entre indígenas y los llamados blancos o colonos provenientes de diferentes regiones de Colombia y la población minoritaria son las negritudes concentradas principalmente en Mitú, capital del Vaupés.

Como este capítulo tiene la autoría de una indígena Cubea, enfermera formada en universidad pública y conocedora de esa realidad en la práctica profesional, laboral y como usuaria de servicios de salud de ambas medicinas, ella sabe de primera mano la existencia de un profundo distanciamiento entre la medicina indígena y la biomedicina. Esta situación motivó a investigar, con la orientación de los dos coautores adicionales, a partir del conocimiento que pervive y vive en los mayores, sabedores, sabedoras y lideranzas indígenas comunitarias, sobre aquellas reproducciones de salud en torno a la “vigilancia comunitaria en salud” a partir de las bases culturales locales en la comunidad indígena Yararaca de Pringamoza. Esta fue la comunidad invitada a participar en la investigación, con el fin de visibilizar prácticas de salud indígena que permitan al sector de salud oficial reconocer y poner en dialogo el sistema de vigilancia biomédico local con los diversos, complejos y no menos importantes sistemas de salud indígenas que se viven en el territorio.

La pesquisa fue realizada con varias inmersiones, desarrollando conversatorios centrales con diferentes participantes en cada encuentro comunitario; con hombres y mujeres indígenas de los pueblos Cubeos, Bara,

Caguas, Tucano, Desano y Carapana; y con entrevistas a sabedores, líderes e indígenas externos de la comunidad para alimentar parte del marco teórico con conocimiento vivo. Este saber vivo fue el protagonista de esta investigación, donde la oralidad tejida con el mambe y el cigarrillo en la casa ancestral y la grabación de videos de las conversaciones jugaron el rol y la práctica principal para la recolección y análisis del conocimiento ancestral y tradicional indígena.

El aporte más fuerte de la disertación es justamente el reconocimiento de la cultura oral y de las conversaciones con los líderes como recuperación de saberes tradicionales y ancestrales, constituyendo la bibliografía viva, concepto forjado para indicar que esta estrategia metodológica es también epistémica: estos saberes ayudan a constituir la mirada de los conocimientos y prácticas que circulan en los territorios, en la construcción teórica, y no son sólo el campo empírico. La revisión bibliográfica del estudio requirió una doble inmersión: en las bases bibliográficas recuperadas por los diferentes sistemas de búsqueda en las colecciones de literatura especializada; y en el registro de los saberes oralizados de los especialistas indígenas, que fueron transcritos y pasaron a formar parte del ítem "revisión bibliográfica" para acercar la investigación al "estado del arte" de la producción intelectual sobre el tema investigado.

Así, buscamos romper el colonialismo biomédico en la comprensión de lo que se puede llamar vigilancia comunitaria, horizontalizando diferentes saberes para proponer un diálogo y enfrentando la jerarquización de los conocimientos, que comúnmente retira los saberes ancestrales y tradicionales del lugar de explicación legítima y los coloca como base empírica de la investigación. Ahora, sin poder explicativo, el conocimiento tradicional y ancestral ocupa la condición del dilema propuesto por Arouca y desarrollado anteriormente. En el caso específico de la investigación de maestría que también constituye la base de este manuscrito, este dilema también se tradujo en una trampa tautológica de buscar en el campo empírico lo que está subordinado al conocimiento oficial. Los expertos consultados fueron los siguientes: ~Kubu Bara Reinel Ortega (Ortega, 2023); autoridad indígena Carlos Eduardo Ramírez Rodríguez (Ramírez, 2023); líder indígena Cubeo Manuel Claudio Fernández (Fernández, 2023); sabedor Cubeo Enrique Llanos (Llanos, 2023); enfermero Guanano Félix Manuel Moreno Villa (Moreno, 2023) y miembros participantes de la comunidad Yararaca.

En este capítulo se presentará una pequeña parte del diverso y complejo mundo, pensamiento y prácticas de reproducción de salud en el cotidiano y en la vida comunitaria indígena contada por los pobladores de Yararaca y expertos locales, que recogen practicas comunes de los pueblos indígenas del Vaupés. Las

ideas recogidas en las conversaciones con los líderes se sistematizaron en categorías y subcategorías, como se muestra a continuación, en un intento de describir las ideas presentadas, caracterizar los contextos en los que se ofrecieron, conectar las ideas entre sí y presentar breves posibles vínculos con el conocimiento biomédico.

La salud en Vaupés

El Vaupés es uno de los departamentos amazónicos que tiene una frontera líquida de 656 kilómetros con la subregión Alto Río Negro de Brasil, concentra la mayor población indígena del país y la más diversa y multicultural. En este territorio selvático coexisten 27 pueblos indígenas, cada uno de estos pueblos se caracteriza por conservar aún sus prácticas y creencias tradicionales. Sin embargo, 13 de estos pueblos se encuentran en riesgo de exterminio físico y cultural al tener población por debajo de 500 habitantes (Gobernación de Vaupés, 2022). En parte esta situación, ha sido consecuencia de la vulnerabilización sociohistórica generada por el gobierno nacional y local, que desde hace aproximadamente tres décadas se ha manifestado en la dificultad que tiene el estado de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud del sistema de salud colombiano. Esta dificultad se acentuó luego de la descentralización del sistema de salud promulgada por la Ley 100 de 1991, entre otras, por la alta dispersión geográfica en la que se encuentran las 255 comunidades indígenas que habitan la selva Amazónica del Vaupés, incluida la comunidad de Yararaca. Incluso, si hay prestación, estos servicios son sustancialmente biomédicos y asistencialistas, y no se adecuan al contexto sociocultural local predominantemente indígena, como lo señala en entrevista el enfermero del pueblo indígena Guanano Félix Moreno Villa (Moreno, 2023):

el sistema de salud no ha sido suficiente justifiquémoslo por el clima, distancia, pero entonces cuando ellos nos explican de qué manera ellos se cuidan entonces nosotros nos reímos de eso, y es una risa cínica, porque nosotros tampoco somos capaces de mantenerles su salud.

Entonces en un territorio ancestral y multicultural como el Vaupés donde más del 80% de la población se autoreconoce como indígena no es aceptable promulgar e implementar un sistema de salud con enfoque diferencial étnico. Por el contrario, es tan necesario y es una deuda ética y social que los principios que fundamenten la prestación de servicios de salud en lo local incluyan e integren realmente aquellas epistemes indígenas de salud que son ampliamente reconocidas, practicadas y reproducidas en la vida cotidiana indígena. Así los sistemas de salud indígena y biomédicos deberían ser la base y la potencia de las políticas de salud pública del Vaupés, ambas con igual legitimización de perspectivas y apuestas en lo político. De

esta manera en un futuro puede existir un equilibrio y armonía en un contexto indígena intermedicalizado, esto es según la perspectiva del paisano y colega Félix, cuando se habla de salud étnica “se debe reconocer a los individuos y su contexto, y construir formas de cuidado, de vida, de pensamientos desde las diferencias” (Moreno, 2023). O desde la postura que se hable, como la de la interculturalidad crítica de Katerin Walsh o transculturalidad en salud que es una postura científica de Madelyn Leninger. El reto siempre será que los sistemas de salud se piensen y se construyan desde diálogos que transformen, que sean incluyentes, diversos y basados en la confianza de las diferentes medicinas que hay en lo local. Donde se puedan construir rutas de salud intercultural concertadas que acerquen estos enfoques, en lo que coinciden varios participantes de la investigación “Primero lo propio, y si no hay solución, hay si acudir a lo occidental” (Hincapié, M. 2023); “en la reunión de la asociación dijeron que cuando una mujer estaba embarazada primero tenía que acudir al payé, si él no puede solucionar la situación hay si acudir a la parte occidental” (Hincapié, 2023).

Estar bien-MEAVI: armonía del cuerpo, pensamiento, tiempo y espacio

Para los pueblos indígenas, la salud es una concepción holística e integradora, que además del bienestar físico y mental, involucra el manejo del mundo y del medio ambiente (Vieco, 2000). Es decir que las reproducciones de salud-enfermedad en estos pueblos, se fundamentan en principios de armonía, equilibrio y reciprocidad con su entorno (Portela, 2015), donde no existe una separación de lo biológico, espiritual, social, territorial y cultural. Para el caso de los pueblos indígenas del Vaupés, la salud es un equilibrio e interrelación del hombre con el mundo de arriba o espiritual, el mundo intermedio o vegetativo y el mundo de abajo o de las fuerzas negativas o armonía o interrelación del cuerpo, pensamiento, tiempo y espacio.

Este es un pensamiento diferente al del paradigma biomédico, es decir la salud es concebida como una práctica vivenciada de hermandad entre las personas, el medio comunitario, la cultura y las gentes de la madre selva (Guevara, 2004). Por ejemplo, para los Pamiva conocidos como cubeos por los blancos, uno de los 27 pueblos indígenas del Vaupés. Según Enrique Llano (Llano,2023) sabedor Cubeo Piaraki, el concepto de salud en la práctica es la buena relación del indígena con los espíritus de la selva y del cosmos, para poder consumir los recursos de la naturaleza y que no causen enfermedad, entrar en armonía con la energía de los seres que lo habitan, con los sitios sagrados de los seres espirituales

míticos y con las otras dimensiones que nos rodea, a través de prácticas como el rezo y uso de plantas medicinales para la protección y cuidado del cuerpo.

Según este mismo sabedor, payés, líderes y personas locales, el actor principal de la medicina indígena en algunos pueblos es el Payé-Yaví (absorbedor de energías), su función va más allá de la curación de la enfermedad, y está íntimamente relacionada en mantener la armonía del cuerpo, el pensamiento, el tiempo y el espacio. Su función es estar pendiente permanentemente de cualquier suceso que ocurra o pueda ocurrir en la comunidad, de predecir, de explicar su origen y de tratarlo, su función es cuidar y equilibrar el mundo de abajo, intermedio y de arriba.

Sin embargo, hay una preocupación importante en el territorio porque los Yaví se están acabando, quedan pocos por el contacto del indígena con la cultura no indígena, situación que ya venía advirtiendo el antropólogo Juan Guevara (Q.E.P.D) en su publicación del año 2003. Ahora lo que sucede, como lo señala Carlos (Rodríguez, 2023), líder y autoridad de la comunidad Yraraca, “en el afán de las nuevas generaciones por retomar los conocimientos indígenas se ha recurrido a prácticas de fácil aprehensión, como es el uso del yagé sin la preparación ancestral, que incluye la dimensión espiritual, física y el contexto comunitario de formación de payés”. También hay un reconocimiento por los mismos indígenas sobre las tensiones que se han generado por ese contacto con la cultura no indígena, como lo expresa uno de los participantes: “ hoy en día ya no hacemos dieta, ya no estamos pensando en la cultura de los viejos, hoy en día ya pensamos en mujeres, es muy difícil formarse ya estando jóvenes”; “ahora somos civilizados, antiguamente ellos recorrían la selva, hoy en día ya no la recorreremos, hoy en día miramos los blancos y no tenemos como proteger, hemos dejado los medicamentos de los viejos y solo estamos pensando en el medicamento occidental” (Cordero, 2023).

La medicina de los pueblos indígenas del Vaupés ha sufrido continuas transformaciones y resistencias por los diferentes procesos sociohistóricos de contacto del indígena con sociedades no indígenas, como la colonización, diferentes tipos de evangelizaciones, la bonanza del caucho, de pieles, de la coca, de la minería y la ganadería (Sinchi, 2006). También de la implementación del sistema capitalista y la globalización, procesos de migración y desplazamientos forzados de sus territorios ancestrales a los centros urbanos, venta de lotes de nativos en los cascos urbanos y su desplazamientos a barrios periféricos con mayores necesidades básicas insatisfechas y ahora los bonos de carbono que consiste en la mercantilización de la “selva”, sin dimensionar que se está realizando

una transacción económica de los pueblos indígenas que habitan en esos territorios con toda su historia, su vida y legado cultural y ancestral.

Estos hechos complejos y peligrosos para los indígenas han generado impactos nefastos en todos los aspectos de las sociedades indígenas del territorio y del medio ambiente, como implicaciones en la ubicación territorial, tipo de vivienda, política, relaciones laborales, economía, nutrición, religión, control y decisión sobre los propios recursos y sobre sus propios modos de reproducción de la salud (Guevara, 2003). Transformaciones que son reconocidas por los indígenas participantes: “Nosotros los indígenas si estamos perdiendo la salud, nosotros estamos mirando solo lo occidental. La educación no indígena nos lleva a la pérdida de los saberes” (Hincapie, 2023). Estas reflexiones evidencian la necesidad urgente de hablar y construir sistemas de salud interculturales y de interculturalidad en salud en todas las políticas y descolonizar el pensamiento.

La concepción indígena de la salud-enfermedad es un pensamiento que no se puede comparar o aparear con el paradigma biomédico dado que el origen etiológico y las formas de protección y curación son diferentes y obedecen a la necesidad de mantener un equilibrio real del medio ambiente con las personas que lo comparten (Guevara, 2004), no se restringen a lo biológico(Barreto, 2017). Por el contrario, interrelacionan el cuerpo, la mente, el espacio y el tiempo; además las prácticas de protección y curación son validadas, legitimadas y aceptadas de manera colectiva de acuerdo con la cultura de cada pueblo indígena (Almeida, 2022).

Es tanto así, que el pensamiento de la salud indígena no está padronizado, sistematizado o documentado en libros, por el contrario pervive en nuestros mayores, mayoras, abuelas, abuelos, payés, sabedores y sabedoras, considerados los sabios de estos pueblos y los transmisores del conocimiento a través de la tradición oral de generación en generación. Esta es la manera cultural aceptada para la gestación, contención y transmisión del conocimiento y pensamiento indígena, al hacer la traducción para el blanco, son las grandes academias y las bibliotecas, solo que son conocimiento vivo. Como lo señala Rodríguez (2023) “cuando un sabio muere, se minimiza la posibilidad de la pervivencia del conocimiento y saberes ancestrales, cuando no hay un sucesor que asuma la responsabilidad de mantener en la practica la armonía del espíritu, hombre y cosmos”.

Pensamiento de arriba, intermedio y de abajo

Los indígenas del Vaupés concebimos tres pensamientos y a la vez espacios que se interrelacionan y que pueden jugar a favor o en contra de los procesos de salud-enfermedad, generando armonía entendida como salud o caos entendida como enfermedad dependiendo del equilibrio de estos tres planos. A penas el payé o ~kumú tienen la habilidad de transitar y manejar los tres pensamientos.

Pensamiento de arriba: El pensamiento de arriba hace referencia a la comunicación y al manejo que tiene el payé de las fuerzas sobrenaturales, es decir que se refiere a esa comunicación con lo espiritual para controlar y provocar armonía o caos, a esa capacidad que tiene el payé de generar por ejemplo las lluvias o sequías, los truenos o rayos, se dice popularmente cuando hay muchos rayos que el payé está bravo; para esta comunicación, control y provocación el payé tiene unos elementos o herramientas básicas, donde se encuentra el bastón de mando, elemento que guarda toda la sabiduría del indígena y que es portado por el sabio de la comunidad, es un elemento de respeto que nadie puede tocar solo su dueño; los otros elementos son el breo o la brea, la piedra, el tabaco, el mambe, el Carayurú y el pensador(asiento Tucano), sin embargo existen otros elementos de acuerdo a la cultura del sabedor. Estos elementos son la puerta de entrada para utilizar las fuerzas que existen arriba y que son de difícil contención:

usando estas herramientas ellos se comunicaban con esa naturaleza, con los dioses, estaba previsto para diferentes necesidades o lo que el medio permitía o lo que él tenía que prevenir, en este caso hacían prevenciones de diferentes peligros, curaciones, esto, provocaban muertes inclusive con esto, la piedra más que todo se nota como una herramienta para hacerle trueno con el tabaco y mambe, y en tiempo dependiendo de las constelaciones pues ellos ya miraban ya comunicaban con los saberes que ellos tenían, eran muy preparados” (Hincapie, 2023).

Pensamiento intermedio: Respecto al pensamiento intermedio, vegetativo, natural o plano físico, el payé realiza las curaciones y protecciones necesarias para mantener la armonía entre el hombre con los otros seres no humanos que coexisten con el indígena en la selva y con las fuerzas de arriba y de abajo, estas curaciones y protecciones las realiza el payé al inicio y finalización de los ciclos o tiempos del calendario ecológico y en los momentos claves de la vida del indígena también teniendo en cuenta el calendario ecológico. Para que el pensamiento del mundo natural fluya y mantenga una armonía y equilibrio las personas deben cumplir con las protecciones: curaciones, dietas, rezos y danzas, de lo contrario aparecerá el caos manifestado en enfermedades.

En este segmento vamos a referirnos en cuanto a lo que se refiere al plano de vida natural, a lo que nosotros como personas, como vida natural referimos, personas, animal, plantas, todo lo que sea vivo en este plano (Rodríguez, C. 2023).

Pensamiento de abajo: El inframundo o pensamiento de abajo, hace referencia a las fuerzas negativas y positivas, al pensamiento bueno y malo, a su manejo y equilibrio, para no generar caos y enfermedades en el mundo intermedio y pensamiento de arriba. en el pensamiento indígena es necesario la existencia de las fuerzas negativas, para mantener el equilibrio en el proceso de salud-enfermedad.

Acá abajo lo quisimos representar fue el malagurio que dicen por ahí, bueno aquí hay una cantidad de bichos, y eso son pues representaciones que harían alegorías en sí a la decadencia del equilibrio de la naturaleza y de nuestro contexto

Por eso la percepción del mundo no es ausencia de todo, tiene que haber presencia de cierta situación para poder dar explicación o acción pura para poder dar continuidad a ese ciclo biológico que nosotros tenemos como personas, así mismo darle continuidad de existencia al inframundo y a la parte espiritual, que son poderes que a simple vista no vemos no conocemos, pero la persona preparada tiene esa concepción, tiene el conocimiento y habilidad de sentirlo, prever y actuar sobre él, eso es (Rodríguez, 2023).

En este mundo se encuentran los mal augurios y los sueños, cuando se sueña malo y no se hacen las protecciones necesarias sale a flote al mundo intermedio o vegetativo esa energía negativa y se manifiesta en la enfermedad, maldad o accidente.

Los sueños

En el pensamiento indígena no se registran las enfermedades que ocurren y no están basadas en indicadores, para la prevención de enfermedades o situaciones negativas de salud, se sueña y es el sabedor quién sueña, predice, interpreta e indica a la comunidad y a la persona lo que puede suceder y que practicas se deben realizar a nivel comunitario antes de que ocurra la enfermedad propia (ejemplo ~Arabi-ihíé); enfermedad ajena (enfermedad del blanco) o situación negativa. Las Prevenciones generales para los malos sueños se realizan con Caraña(Resina medicinal, blanda de color pardusco, extraída de la sangre del palo Caraño); Breo(Resina medicinal, de textura dura, de color negro, extraída de la sangre del palo Breo) o Carayurú (Pintura natural roja, producto del procesamiento de la hoja del bejuco o arbusto Carayurú), estas prevenciones se hacen a nivel colectivo-comunitario en la caseta comunal o casa ancestral conocida como “maloca” y son dirigidas por el sabedor, a través de rezos mientras quema el Breo, la Caraña o la maloquera pinta a la persona con el Carayurú rezado. También la comunidad recibe las indicaciones del payé sobre las practicas que se deben

realizar por familia para la protección de las enfermedades o situaciones negativas que él predice.

Calendario ecológico y cultural indígena

La manera de vivir del indígena del Vaupés ha sido traducido y resumido para la comprensión del pensamiento no indígena como calendarios ecológicos. La mayoría de estas traducciones han sido graficadas en círculos que representan diferentes estaciones del año, donde se presentan y condensan las prácticas de vida más representativas de la cultura de cada pueblo indígena en cada una de estas épocas. En los calendarios ecológicos o cosmovisión indígena existen varios elementos que se interrelacionan para mantener un equilibrio entre el hombre, la naturaleza y lo espiritual. Algunos elementos principales de los calendarios son el tiempo o épocas; las constelaciones y las practicas socio-culturales.

El tiempo o épocas

En la existencia y en la vida cotidiana del indígena del Vaupés el tiempo es un marcador crucial para su reproducción y desarrollo en todas las dimensiones. En conversación con Manuel Claudio Fernández conocido como Maclaus, líder indígena Cubeo del clan Miadawvaa, señala que de acuerdo con los conversatorios que han tenido con los mayores, los cubeos de su clan han definido que el tiempo no se trata de una hora, de una semana o del pasado, presente o futuro, por el contrario, el tiempo se trata de la medición de las épocas de acuerdo con el calendario ecológico indígena de cada pueblo.

Maclaus, Líder indígena Cubeo Miadawvaa; Reinel Ortega, uno de los grandes lideres y ~Kubu Bara del departamento; y Enrique Llanos, sabedor Cubeo-Piaraki, coinciden en que cada uno de los pueblos indígenas del Vaupés practican su calendario ecológico de acuerdo a su ley de origen, en donde hay unas prácticas comunes y otras particulares. Por ejemplo para los cubeos existen entre dos a tres épocas o tiempos principales en su calendario ecológico, que varían de acuerdo al clan, entonces se podrían reconocer las siguientes épocas: Okorimi (tiempo de invierno-desde marzo hasta mediados de julio); ~Pamurimi (va de mediados de julio hasta primera semana de noviembre, época de todo tipo de enfermedades causadas por árboles, infecciones de picadura de insectos o problemas de piel) e ihirimi-verano (desde noviembre hasta la primera semana de marzo). Mientras que para los Bará existen cuatro épocas en su calendario ecológico: época del Yurupari(época de dieta); época de frutales silvestres; época de gusano y época de cultivo.

La denominación de las épocas también están relacionadas y su nombre obedece a las épocas de floración o cosechas de la selva entendido como todo lo que provee, por ejemplo esta la época de la Pupuña (Pupunha en brasilero), época de la avina, época del miriti (Buriti en brasilero) o la época del Piracemo (subienda de pescados para desove), época del gusano o Tapuru, entre muchas otras épocas por la gran biodiversidad de flora y fauna de la selva Vaupense y de la diversidad étnica.

Las constelaciones

Las épocas y sub-épocas se miden o identifican principalmente a través de las constelaciones de las estrellas. La duración de cada constelación se entiende en la desaparición de la primera constelación dando paso a la siguiente. Aproximadamente cada constelación dura en promedio un mes y 20 días, según el tiempo.

Para los cubeos las principales constelaciones en el orden que aparecen son: 1. ~Nahoko (camaron); 2. ~Nahoko- irako (camaron con tenasas); 3. Uçivi (siete cabritos); 4. Moã-Kadava; 4. ~Tuipe; 5. Hiadavivã; 6. Muñuvã; 7. Yaviva; 8. ~Adatarabi; 9. ~Aiki -Hipobi; 10. ~Aiki -Kainiki; 11. ~Aiki – ~Hidi; 12. ~Aiki – Pikomu; y 13. Pamuri.

Se concluye que la cantidad de constelaciones y nombres de estas constelaciones varía por cada lengua que corresponde al mismo nombre del pueblo indígena, sin embargo las constelaciones son las que delimitan que prácticas en todos los aspectos de la vida del indígena se hacen al inicio, durante y al cierre de una época, y las prácticas puntuales y oportunas por cada época son las que mantienen según el pensamiento indígena la armonía entre el hombre y la naturaleza, siendo el eje de las reproducciones en salud y de la vida misma, lo que se traduce en salud, bienestar de la población o tener buena salud o vivir bien o como se diría en la lengua materna cubea – MEARÕ CURÕ.

Prácticas socio-culturales de acuerdo a la época o tiempo

Cada época y sub-época es un indicador sobre lo que se debe o no se debe hacer; sobre los tiempos de recolección de cosechas silvestres; los tiempos de siembra de la chagra; de pesca; de caza; de recolección de insectos, termitas, hormigas, gusanos; de enfermedades que se pueden o van a presentar; de condiciones ambientales que pueden jugar a favor o en contra del indígena; de los momentos de intercambios de alimentos que se encuentran en abundancia, por medio de danzas rituales como el Dabucuri- ritual de sanación y agradecimiento a

la naturaleza por la alimentación que provee- o Yurupari-es un ritual para agradecer a la naturaleza por los alimentos que provee y para limpiar las energías negativas de los hombres, dándole fuste con un bejuco especial-Haramu, también es un ritual usado para la iniciación de niño a hombre-.

Durante todo el calendario ecológico se inicia y cierra cada época con curación y entre las épocas se realizan las protecciones con dietas, rezos y danzas a nivel colectivo y protecciones y curaciones a nivel individual en momentos como la gestación, nacimiento, primeros pasos, primera alimentación, primera menstruación y paso de niño a adulto en el hombre.

Actualmente hay una gran preocupación de los abuelos por el abandono de estas prácticas en las nuevas generaciones y concluyen que todo los problemas que atraviesan se debe a esa trasgresión de la cosmovisión indígena.

Consideraciones finales

En la vida del indígena de la Amazonia del Vaupés, las lógicas de producción de salud a diferencia de la biomedicina, es en el cotidiano y está estrechamente ligado al calendario ecológico, donde están inmersas las prácticas de protección orientadas por el sabedor o sabedores, sin embargo existen muchas comunidades que se consideran y autoreconocen como pueblos y sociedades vulnerables por no contar con esta figura dentro de sus organizaciones y territorios, incluida la comunidad de Yararáca al ser una comunidad que se encuentra en relevo generacional y son reflexiones y discusiones importantes en la agenda actual de las organizaciones indígenas.

Las prácticas de salud indígena tienen un enfoque ampliamente preventivista de acuerdo al mito de origen de cada pueblo indígena. Las prácticas de cantos, canticos o “rezos”, de dietas, de curación en los momentos claves de la vida del indígena; de danzas y de tratamiento a base de plantas medicinales rezadas por el payé o kumu, son compartidas por la mayoría de los pueblos indígenas del Vaupés, con ciertas variaciones de acuerdo al pueblo, familia y clan indígena. Estas diferentes racionalidades son las que tejen el cotidiano de las reproducciones de salud en un contexto intercultural, social, político y organizativo de las comunidades indígenas multiculturales.

Las prácticas de prevención, cuidado, curación y tratamiento indígenas tanto individual como colectivo son tan complejas y diversas que no se pueden ni deben encajar a los referentes técnicos y normativos de la biomedicina del sistema de salud colombiano, y del mismo modo los referentes biomédicos no se pueden integrar a los sistemas de salud propios, pues estaríamos hablando de la

colonización de estos sistemas, por el contrario estos dos enfoques si pueden conversar para definir un sentido de las acciones en salud que cada una reproduce, que reconozca la legitimidad y autonomía de las epistemologías indígenas y que no quiere validar científicamente su conocimiento (Almeida, D.2022); con el fin de lograr diálogos que transformen la salud de los pueblos indígenas y los indicadores en salud indígena en los sistemas de salud biomédicos.

En tiempos tan coyunturales para la medicina indígena, es necesario afirmar los saberes ancestrales, tradicionales y orales como un sistema complejo y necesario en la producción de salud y la comprensión de salud en los territorios con presencia de personas indígenas, como el Vaupés y en otras partes del mundo, siempre que esta comprensión salvaguarde el conocimiento puro de los diferentes pueblos indígenas, que no se puede o debe compartir y visibilizar.

Referencias

- Almeida, D. (2022). *Só depois de aprender a tradição. Uma perspectiva histórica da resistência indígena contra a colonização dos saberes em Saúde*. Vozes indígenas na produção do conhecimento: para um diálogo com a saúde coletiva / Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec.
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Barreto, J. P. L. (2017). Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. *Amazônica – Revista de Antropologia*, v. 9, n. 2.
- Comunidad Yararaca y participantes. Investigación Maestría, conversatorios de septiembre a noviembre 2023.
- Cordero, Roberson. (2023). Lider Tucano de la comunidad Yararaca. *Conversación colectiva realizada el 23/09/2023*.
- Ferla, A. A. (2002). Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Porto Alegre, *Tese (Doutorado)* – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1897>.
- Fernandez, Manuel Claudio. (2023). Lider Cubeo Miadawvaa. *Conversación realizada el 02/08/2023*.
- Gobernación de Vaupés. (2023). *Análisis de Situación de Salud-ASIS departamento de Vaupés 2022*. Mitú: Secretaria de Salud Departamental, 1-213p.
- Guevara, J. (2003). *El seguimiento y asesoría al Plan de Atención Básica (PAB) intercultural al departamento del Vaupés*. Departamento Administrativo de Salud de Vaupés. Bogotá.

- Guevara, J. (2004). *Etnodesarrollo y medicina ecológica*. Departamento Administrativo de Salud de Vaupés y Ministerio de la Protección Social. Bogotá.
- Hincapie, Luis. (2023). Lider Cacua comunidad Yararaca. *Conversación colectiva realizada el 23/09/2023*.
- Hincapie, Mario. (2023). Lider Cacua comunidad Yararaca. *Conversación colectiva realizada el 23/09/2023*.
- Llanos, Enrique. (2023). Sabedor Cubeo Piaraki. *Conversación realizada el 04/04/2023*.
- Luz, M. T. (2009). Complexidades do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde E Sociedade*, 18(2), 304-311. 2009. <https://doi.org/10.1590/s104-12902009000200013>.
- Luz, M. T. (2013). *As instituições médicas do Brasil*. 2. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva).
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud Colectiva*, 8(1): 185-2007.
- Moreno, Felix Manuel. (2023). Enfermero, etnia Guanano. *Conversación realizada el 15/05/2023*.
- OMS. (2023). Organización Mundial de la Salud. *Concern About WHO Messaging at First Traditional Medicine Summit*. Disponible en: <<https://healthpolicy-watch.news/concern-about-who-messaging-at-first-traditional-medicine-summit/> Acceso el 12 dic.2023.
- Ortega, Reinel. ~Kubu Bara. (2023). *Conversación realizada el 11/08/2023*.
- Portela, H. (2014). Epistemes – otras: contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia. *Univ. Salud*. 16(2): 246 – 263.
- Portela, H. (2015). Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia. Langdon, E. J., & Cardoso, M. D. *Saúde indígena: políticas comparadas na américa latina*. Florianópolis: UFSC.
- Rodriguez, Carlos Eduardo. (2023). Autoridad tradicional comunidad Yararaca. *Conversación colectiva realizada el 23/09/2023*.
- Rodriguez, Darwin Alfredo. (2023). Lider Cubeo comunidad Yararaca. *Conversación colectiva realizada el 23/09/2023*.
- Salazar, C. A., Gutiérrez, F., & Franco, M. (2006). *Vaupés: Entre la colonización y las fronteras*. Bogotá, Colombia: Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas- SINCHI.
- Vieco, J., Franky, C., & Echeverry, J. (2000). Territorialidad indígena y ordenamiento en Amazonia. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional ed Colombia, UNiBiBIOs.



O partejar no território indígena do Alto Rio Solimões: resistindo às colonialidades

Cristiane Ferreira da Silva
Júlio Cesar Schweickardt

Nosso texto reflete sobre a resistência dos saberes e práticas das parteiras indígenas: possibilidades de inclusão na saúde indígena do DSEI ARS. As linhas aqui percorridas procuram reconhecer tanto as parteiras como as suas práticas, legitimando os saberes e sujeitas reprimidas pela colonialidade, levando a um enfrentamento de natureza complexa. Não esgota, obviamente as relações entre os conhecimentos ocidentais e as práticas da ancestralidade das parteiras, mas nos levam a um pensamento crítico que nos leva à discussão da humanização dos partos. O reconhecimento das práticas tradicionais é um caminho para um cuidado intercultural, que contribui para a humanização do parto e para a redução da morbimortalidade materna, infantil e fetal em localidades remotas. A inclusão das parteiras na saúde é reconhecer que temos que “aprender a aprender” com os saberes ancestrais, discutindo as relações de poder nas políticas de saúde, rompendo com um silenciamento e o epistemicídio que os povos originários sofreram no processo de colonização (Schweickardt & Barreto, 2023).

As parteiras tradicionais são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como “pessoas que assistem a uma mulher durante o parto, auxiliando tal momento com seus conhecimentos provenientes de si mesma e/ou de outras parteiras tradicionais” (OMS, 1996, p. 13). Acompanhando a gestante, assistindo à mulher durante o trabalho de parto, exercendo atividades baseadas em vivências pessoais ou em convívios com outras parteiras (Oliveira, Peralta, & Sousa, 2019; Sousa *et al.*, 2022). Para o Ministério da Saúde, são reconhecidas como aquela que presta auxílio ao parto domiciliar, em que seu conhecimento é baseado em práticas e saberes tradicionais e tem seu reconhecimento como parteira pela comunidade (Brasil, 2010, p. 11). As parteiras tradicionais fazem um cuidado na comunidade, próximo dos seus lugares de vida e de visões de mundo. Os cuidados são baseados na utilização de chás, remédios caseiros, cuidados com o recém-nascido e apoio durante à amamentação (Oliveira *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2022).

O conhecimento da parteira tradicional é passado por outras parteiras e familiares, sendo conhecimentos transmitidos de geração em geração através da

oralidade e pela prática, da escuta, da observação e do acompanhamento dos partos que são realizados. As parteiras são conhecidas como, “comadres”, “mãe de umbigo”, “parteira leiga”, entre outras (OMS, 1993). O partejar está relacionado diretamente com as práticas e saberes tradicionais no momento do parto e após, mas seu cuidado não se limita ao trabalho de parto, pois apoiam as parturientes e as crianças no pós-parto (Cruz, 2019). Apesar da maioria serem mulheres parteiras, também há homens parteiros, tendo os seus conhecimentos validados pela comunidade e reconhecido pelas mulheres (Silva, Dias-Scopel, Schweickardt, 2020).

No Brasil, a maioria dos partos são realizados em hospitais e maternidades, sendo que os partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais, na maioria das vezes, não recebem apoio da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança. Apesar disso, as parteiras estão presentes nas comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas na região Norte e Nordeste (Schweickardt; Borges de Freitas & Ahmadpour, 2020). O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2019 mostra que o Amazonas possui o maior índice de partos domiciliares comparados ao restante do país. A região Norte talvez seja a única com um número maior de partos normais e domiciliares, quando vivemos uma epidemia de partos cesáreos no país (Costa, 2022). A região Norte tem o menor índice de parto hospitalar comparado ao restante das demais regiões do país (Nascimento *et al.*, 2009). Assim, há necessidade de políticas públicas que atendam às especificidades e contemple os nascimentos assistidos por parteiras tradicionais, adotando diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança (Brasil, 2012).

Na Amazonia, as parteiras assistem o parto em áreas de difícil acesso, áreas rurais, indígenas, ribeirinhas. Dentre deste contexto estão as parteiras que são mulheres que cuidam de outras mulheres, e neste território líquido são o auxílio mais próxima, muitas vezes único, das mulheres que se encontram em regiões de difícil acesso aos serviços de saúde. A região amazônica ainda tem vazios assistenciais, mas que pelo princípio da equidade precisamos ter políticas públicas de saúde para um cuidado integral de todas as pessoas. A atenção à saúde precisa chegar até o último barranco, a palafita, o flutuante e comunidade dessa extensa região (Schweickardt; Borges de Freitas & Ahmadpour, 2020; Schweickardt *et al.*, 2020).

Nas áreas indígenas, as parteiras tradicionais são muito atuantes e ocupam posição reconhecida nas comunidades. Estão ligadas com suas histórias de vida, às crenças, cultura e costumes, desempenham atividades de assistência e acompanhamento ao parto de forma significativa, com apoio à mulher não somente

durante o parto, mas também antes e após. Geralmente quando a mulher está grávida, “pegam” ou “puxam” a barriga, que consiste numa técnica de ajustar a posição do bebê, usando de óleos, as mãos e palavras. Nas aldeias, as parteiras atuam na prevenção de doenças e de promoção da saúde (Dias, 2007b), pois tem a palavra e voz para recomendar chás, alimentos e atividades necessárias para a saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos. Existe também uma justificativa epistemológica: as parteiras tradicionais indígenas estão alinhadas, tanto ontológica quanto epistemologicamente com a população que atende, ou seja, são pertencentes do mesmo arcabouço cultural de suas parturientes (Sousa *et al.*, 2022, Schweickardt *et al.*, 2021).

Na tríplice fronteira do Brasil, Colômbia e Peru, na região do Alto Rio Solimões, estado do Amazonas, há comunidades que são assistidas apenas por agentes de saúde, com grande mobilidade de pessoas. A mulher no momento do parto tem desafios importantes como: residências distantes, acesso fluvial e poucos recursos para acessar a rede de referência das maternidades. As viagens com frequência são longas através dos rios, as condições climáticas (chuvas fortes) são complexas e há problemas também financeiros, pois, as viagens de barco são custosas (Bontempo, Nogueira, & Gimenez, 2013; Santos-Melo *et al.*, 2020). Assim, as mulheres têm como seu ponto de apoio às parteiras tradicionais, que estão na comunidade e são conhecidas.

No Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI ARS), parteira indígena está presente no momento do parto, apesar da presença das equipes de saúde em toda abrangência do DSEI. Para a mulher que reside nas comunidades, a figura da parteira indígena tem um significado muito importante. O expressivo quantitativo de partos assistidos por parteiras na região mostra a necessidade de fortalecimento e valorização dos trabalhos das parteiras tradicionais, usando diversos métodos educativos para assegurar a qualidade da atenção pré-natal e o atendimento aos partos nas comunidades (DSEI ARS, 2022).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram publicadas no Brasil, em 1996, intituladas Maternidade Segura – Assistência a um parto normal: um guia prático, com o estabelecimento uma definição de parto normal (Sanchez *et al.*, 2019). Com a expansão da biomedicina foram surgindo nos estados nacionais a necessidade de identificar, mapear e capacitar quem atuava diretamente no parto domiciliar, pois persistia em ser uma prática bastante comum. Em 1984, o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), institui o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais como

abordagem específica para “treinamento, supervisão, fornecimento de material para a realização do parto e mecanismos de estabelecimentos de referência”.

O Ministério da Saúde, a partir do ano 2000, instituiu a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil com diretrizes políticas e técnicas para adicionar o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais no âmbito da Atenção Básica no país por meio do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT). O Programa promoveu atividades de valorização das Parteiras com a formação e qualificação das parteiras em todas as regiões do país, inclusive com parteiras indígenas, fornecendo materiais e insumos para o trabalho, que foi denominado Kit Parteiras.

Os Movimentos de valorização das parteiras tradicionais como as iniciativas governamentais que instituiu o Dia Nacional da Parteira Tradicional (20 de janeiro), a elaboração do Livro da Parteira. O estado do Amazonas realizou o cadastramento de parteiras (Silva *et al.*, 2020) e aderiu ao PTPT. Posteriormente, em 2018, durante a realização do 13º Congresso Internacional da Rede Unida foi criada a ASSOCIAÇÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS DO ESTADO DO AMAZONAS ALGODÃO ROXO, que busca a inclusão social e valorização das parteiras, fortalecendo as suas atividades políticas (Costa, 2022).

Gestação, parto e puerpério na cultura Ticuna

O povo Ticuna é um povo numeroso que habita a região do Alto Solimões, mantem as tradições, e a mulher do povo Ticuna, na maioria das vezes mantem a língua materna (Sousa, 2016), sendo frequentemente aconselhadas pelas mulheres mais velhas. A mulher sabe que está grávida pela ausência da menstruação, após sentirem sonolentas e enjoos do marido, mudanças no corpo. Procuram o serviço de saúde tardiamente, quando já apresentam altura uterina, apesar de haver testes de identificação de gravidez no polo base (DSEI ARS, 2022). Segundo a cultura Ticuna, a grávida não pode se assustar, ela e esposo não podem ofender os animais, nem pisar nos rastros de animais, pois eles acreditam que os espíritos da floresta se vingam na criança, podendo nascer com problemas.

A gravidez não é vista como doença, porém cuidados são adotados pela família para garantir a saúde da gestante e ao bebê. Dentre estes buscam acompanhamento de pré-natal realizado pelas equipes de saúde nos polos base. É comum durante a gestação as mulheres não comerem muito para as crianças não ficarem muito grandes, assim como apresentam resistências para a ingestão de polivitamínicos, pois acreditam que o bebê vai ficar muito grande e o momento do parto pode ser mais difícil. Em muitas comunidades as mulheres se reúnem para

falarem da gravidez, dos exames que realizou, do acompanhamento de pré-natal, das descobertas deste período.

Na tradição do povo Ticuna, as parteiras são mulheres mais experientes, muitas das vezes da própria família, sendo habilidosas e acompanham o crescimento da barriga (do útero) e a posição do bebê, quando realizam o parto, ajudam a mulher nos afazeres domésticos nos primeiros dias após o nascimento da criança. As parteiras orientam sobre o tipo de alimentação adequada durante a gravidez, remédios caseiros, plantas medicinais, preparam a mulher para o momento do parto, usam remédios caseiros para aliviar as dores e sangramento pós-parto. O partejar do povo Ticuna nos leva a concepções práticas, valores simbólicos e culturais. Na tradição Ticuna, os partos costumam serem realizados pelas parteiras, porém há comunidades que o parto da mulher é acompanhado pelo próprio marido, e só em casos de complicação durante o processo do parto que a parteira é chamada, ou o pajé ou a equipe de saúde. Os partos da mulher Ticuna são realizados no domicílio, de cócoras, apoiando-se na rede de tucum, e o esposo acompanha o tempo todo o trabalho de parto, sendo que os panos utilizados são da família separados exclusivamente para o parto.

A parteira faz massagem na barriga da mulher, passando urtiga macerada sobre a barriga, também fazem chás caseiros de semente de pimenta do reino, banha de cacau, dente de jacarerana. Caso o parto fique complicado e venha demorar, outras parteiras são chamadas, sendo que os pajés participam para “fechar o corpo e as carnes” da mulher para espantar a frieza. A parteira espera a saída da placenta, fazendo massagem na barriga da mulher, e, depois disso, a placenta é enrolada em panos ou folha de bananeira e enterrada em um buraco no quintal da casa, simbolizando que a criança pertence àquele local, àquele povo.

A parteira prepara um banho de assento para o asseio com plantas medicinais para a mulher, sendo a planta utilizada é o algodão roxo. Para evitar infecções e ajudar limpar o sangue, a mulher deve tomar mastruz macerado. As parteiras orientam a mulher para evitar frieza, não pegar peso, não fazer esforço físico e não tomar banho no igarapé, e no banho diário deve seguir se banhando no asseio com chá de algodão roxo. A alimentação da puérpera deve ser com galinha do quintal, devendo evitar comer peixe piranha, jacaré, cobra, peixe de couro, tartaruga, traíra, pois acreditam serem reimosos e que irá fazer mal para a mulher e o recém-nascido.

O cordão umbilical da criança é cortado pela pessoa escolhida pela mãe, e esta será a madrinha ou padrinho da criança. O corte é realizado com fechas ou tesouras esterilizadas no fogo ou álcool. O cordão é amarrado muitas das vezes com tucum e algodão orgânico que são plantados nas comunidades. Quando uma

criança nasce, o padrinho ou madrinha dá nome a sua nação (clã), sendo dominante o clã do pai. O corpo da criança é pintado com a tinta preparada com o jenipapo, ficando da cor preta, pois a pintura protege a vida da criança contra doenças e outros males.

Após o nascimento, um dos primeiros presentes que a criança recebe são para proteção da criança, que pode ser uma pulseira de tucumã, que pode ser acompanhada por um dente de jacaré ou pena, respeitando o clã da criança. Há casos em que a família entrega de presente um colar que irá proteger a criança de doenças que estão no ar, que pode ser de dente de alho, esporão de arraia, unha de gavião, semente de tucumã, dente de jacarerana, couro de jacuraru.

Após o nascimento da criança, os pais não podem bater ou matar os animais, pois isso pode ofender os animais e este se vingar, levando a criança a sentir dores no corpo, no estômago, o que vai levar a criança a apresentar choros intensos e a família ficará noites sem dormir. Neste período, o pai não deve jogar bola, pescar, caçar, ir para o mato nos primeiros dias de nascido, pois o bebê pode adoecer pelos espíritos que podem se vingar na criança. A mãe ao lavar as roupas também não deve espremer as fraldas, para a criança não sentir cólicas. Se os pais não obedecerem e descumprirem as regras, a criança vai adoecer e só vai se curar levando no pajé (curador ou rezador). Em alguns partos, as mulheres encontram dificuldades por ter sido enfeitiçadas, ou por serem perseguidas por espíritos do mal, sendo o pajé é chamado pela família para eliminar o espírito e o feitiço. O pajé evoca os espíritos da floresta, canta, conversa com os espíritos, e recebe a informação sobre qual é a doença, onde está e como eliminá-la. O espírito pode ser sugado pela boca do pajé, que ao terminar o trabalho, fecha o corpo para os espíritos. Outra recomendação do pajé é que mãe e o filho devem ficar embaixo do mosquiteiro por uns 15 dias para proteção do vento e frieza (Gruber, 1997).

Por apresentarem uma cultura diferenciada, as mulheres indígenas exigem ações múltiplas e específicas voltadas à saúde (Ferreira, 2013). A PNASPI, em seus conceitos e diretrizes, aborda a temática de acesso à atenção em saúde dos povos indígenas. Todavia, ainda não há plano ou ação específico para a saúde da mulher indígena, sendo que as ações são orientadas pelos documentos da Atenção Básica em Saúde. Mesmo com esta lacuna, muitos movimentos e pautas são evidenciados desde o ano de 2004, quando ocorreram as primeiras tentativas sem sucesso para implementar uma política específica às mulheres (Brasil, 2001).

Em 2005, o Departamento de Saúde Indígena (DESAI-FUNASA) promoveu a Oficina de Mulheres Indígenas a fim de debater sobre a saúde integral à mulher. As mulheres indígenas, representantes de diferentes organizações, destacaram a

necessidade de visibilizar tal questão e desenvolver mais ações políticas de interesse às mulheres. Os principais problemas ainda presentes entre as mulheres indígenas estão relacionados a (i) falta de assistência à gestante e à realização de pré-natal, (ii) desnutrição, (iii) mortalidade decorrente de cânceres, (iv) dificuldade em realizar tratamento de IST, (v) alcoolismo e uso de drogas, (vi) violência contra mulher e prostituição e (vii) pouca participação em decisões sociais. Diante de tais problemáticas, faz-se necessário tomadas de decisões baseadas na diversidade cultural, nas especificidades geográficas e nas demais necessidades relacionadas à saúde das mulheres indígenas (Silva, Diaz, Silva, 2015).

O parto sob a perspectiva decolonial

O colonialismo é um fenômeno histórico que se expandiu a partir do século XV, na era das Grandes Navegações, quando os europeus iniciaram a expansão de seu domínio sobre outras partes do mundo, principalmente América, África e Ásia. A partir disso, os europeus impuseram sua cultura, linguagem, religião e sistemas de governo aos povos colonizados, por meio de controle e domínios sobre recursos naturais e humanos, além de opressão (Jardim & Cavas, 2018).

A partir da conquista da América e do genocídio/epistemicídio de sujeitos coloniais, se, por um lado, houve a exploração do continente que permitiu uma grande riqueza e domínio, que levou a construção de um novo padrão de poder mundial, significou o controle da subjetividade dos povos conquistados. A colonização trouxe a concepção de raça, que serviu para hierarquizar e subalternizar os povos. As relações de dominação baseadas em raça e em gênero, perpassa a colonização não somente nas relações materiais, e sim no imaginário dos povos que levam as relações de colonialismo que perdura até os dias de hoje com a expropriação cultural (Quijano, 1992).

Os privilégios do homem ocidental foram sempre construídos à custa dos povos originários, que tiveram os seus direitos violentados, sendo que as mulheres indígenas foram violentadas. Ainda houve a repressão às crenças, ideias, imagens, símbolos ou conhecimentos, impondo os padrões que interessavam para a perpetuação da dominação, absorvendo e re-significando os conhecimentos expropriados das mulheres, e dos povos colonizados, construindo padrões de legitimação do novo sistema-mundo. É nesse contexto que se desenvolve a ciência moderna e onde ganha forma a medicina contemporânea (Grosfoguel, 2016).

A colonização trouxe ainda a cristianização dos povos indígenas, com táticas de dominação de religião, que não aceitavam as crenças, as espiritualidades, as cosmovisões dos povos que aqui habitavam, promovendo a desarticulação dos

saberes tradicionais, dificultando progressivamente a transmissão oral dos conhecimentos médicos e sobre a assistência ao parto (Tonin & Roque, 2019)

As relações coloniais deixaram marcas profundas nas sociedades colonizadas, afetando suas estruturas sociais, políticas e econômicas, e gerando desigualdades sociais e exclusão. Ademais, outras situações foram resultantes desse processo como, por exemplo, a imposição de barreiras para o entendimento sobre etnias, gênero, orientação sexual, classes sociais e diferenças de localização geográfica (Jardim & Cavas, 2018).

A partir da metade do século XX nos meios médicos, científicos, ocidentais persistiam o poder e violência sobre os corpos de mulheres, por meio do controle dos atos de gestar e parir, sendo como mais uma maneira de subordinação de gênero e a presença do colonialismo. Foi sendo contestado esse poder por meio da humanização do parto, que vem sendo fortalecida nas duas últimas décadas, garantindo os direitos da mulher e da criança (Regis & Feijo, 2019).

A decolonialidade surge como um movimento crítico que busca desconstruir essas relações de poder e promover a descolonização do pensamento, das práticas e das instituições. A decolonialidade propõe uma mudança de paradigma, que valorize a diversidade, a pluralidade e a interculturalidade. A ideia é reconhecer a existência de múltiplas epistemologias e saberes, que vão além da visão colonialista ocidental. Isso implica em desafiar a ideia de que a modernidade ocidental é superior e universal, e valorizar outras formas de conhecimento e de produção cultural (Ballestrin, 2013).

Ainda propõe uma reflexão sobre as relações de poder presentes em nossa sociedade, e busca dar voz e espaço para aqueles que historicamente foram silenciados e subalternizados (Ballestrin, 2013). É importante destacar que a decolonialidade não é um movimento exclusivo das ex-colônias, mas sim um processo global que envolve todas as sociedades que foram marcadas pela história colonial (Jardim & Cavas, 2018).

A colonialidade também está presente no parto e nascimento, quando os pareceres legais regulamentam somente as práticas das parteiras com formação acadêmica, confirmada sobre a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Nesse caso, as parteiras tradicionais são excluídas, pois a sua formação é baseada na oralidade e ancestralidade (Silva & Santos, 2021; Ferreira *et al.*, 2020).

Apesar do cenário de humanização do parto, as práticas tradicionais voltadas aos cuidados com a gestação, parto e pós-parto das mulheres indígenas são ignoradas em postos de saúde e hospitais, o que nos leva a necessidade gritante de

projetos de valorização das práticas tradicionais no parto e nascimento (Ferreira, 2004).

O parto sob a perspectiva da decolonialidade é entendida como um processo que envolve não apenas o nascimento físico da criança, mas também a transformação da mãe e do meio em que ela será inserida (Rampazo *et al.*, 2022). Há também um esforço para incorporar práticas de cura indígenas e ordens tradicionais de parteiras para retomar o conhecimento e a riqueza cultural encontrados nas comunidades. Além disso, o parto decolonial enfatiza a importância de abordar as questões socioeconômicas que afetam a saúde das mulheres grávidas e de suas comunidades. Isso inclui o acesso adequado à educação, trabalho, habitação e assistência médica (Silva & Santos, 2022).

O parto decolonial é um conceito emergente que visa descolonizar os modos de pensar e agir em relação ao nascimento e cuidados de saúde das mulheres e famílias indígenas (Silva & Santos, 2021). A saúde indígena é um dos principais pontos de atenção no parto decolonial, pois são frequentes as violações de direitos e a negligência do Estado em relação à saúde das comunidades indígenas (Silva & Santos, 2021). “Finalmente, defendemos a valorização de tais sujeitas e saberes para a construção de uma sociedade do bem-viver como sendo subversiva, contra hegemônica, despatriarcalizada e decolonizada, o que por sua vez precisa estar aliada as práticas e teorias feministas decoloniais” (Santos e Silva, 2021, p.13).

A descolonização acontece no fortalecimento das práticas tradicionais, que garantam às mulheres o respeito as suas tradições e a inclusão das parteiras ao sistema de saúde, pois é relevante, sob o ponto de vista social e político, considerar que os seus saberes são importantes no cuidados da vida.

Parece innecesario, aquí, detallar el relevante trabajo de las parteras tradicionales, de los cuidadores de ancianos, de los agentes comunitarios de salud, de los saberes ancestrales indígenas y quilombolas, de las prácticas naturistas, e incluso de las racionalidades médicas vitalistas contemporáneas, como también nos advertía Madel Luz (2019) hace algunas décadas. Tampoco parece necesario describir con detalle la relevancia de las prácticas de cuidado en los territorios, la densidad que produce al pensamiento el diálogo con esta diversidad de saberes y prácticas, y la distancia que separa estos hibridismos con la negación de la ciencia y la técnica. Lo que está en juego aquí, como decía Merhy en la cita anterior, es "la capacidad de conectar con este latir de vidas para aprender a cuidar de estas sanidades". Es decir, se trata de reconocer que una de las potencialidades del aprendizaje profesional en salud en los territorios, a diferencia del aprendizaje centrado en los espacios disciplinares de los servicios con mayor densidad tecnológica, es el "aprender a aprender", como consta en las Directrices Curriculares Nacionales de diversos cursos de salud (Ferla, Ramos, Rivas, 2023, p. 19).

O compromisso social e político com esse grupo, que historicamente foi marginalizado das ações de saúde, é fundamental para a existência e presença das tradições e conhecimentos que mantêm o bem viver.

Por fim, aprendemos com os especialistas da medicina indígena que a convivência nos responsabiliza. Não nos sai dos ouvidos as palavras de um dos hekura (pajés) Yanomami: “vocês são aliados, nos ajudem a proteger esse lugar”. Fomos protegidos no compromisso de estar junto. Fomos convocados a fazer um Kokamon (Schweickardt & Barreto, 2023, p. 15).

Considerações Finais

O pensamento colonial considera que os valores, crenças, as práticas, os costumes das comunidades são obstáculos a um tipo de atenção de saúde biomédica. Por outro lado, persistente a resistência e sobrevivência das culturas e tradições que protegem, curam e promovem uma saúde ampla. Nesse sentido, o DSEI ARS tem se buscado a inclusão das parteiras com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), na perspectiva de um pré-natal intercultural com a estratégia de reconhecimento das práticas tradicionais. Apesar de muitos profissionais ainda insistirem em não as reconhecer no território como agente promotora de saúde, as parteiras são o maior exemplo de resistência. É notório quando se analisa os indicadores dos nascimentos e se verifica que as parteiras são as que mais assistem os partos, mostrando que com ou sem apoio das equipes de saúde, as parteiras são o primeiro cuidado das mulheres indígenas nas comunidades.

Assim, o reconhecimento das parteiras e sua inclusão nas EMSI é fundamental para o enfrentamento a morbimortalidade materna, infantil e fetal. Não estamos falando dos partos hospitalares, e sim dos partos que ocorrem nos domicílios, nas comunidades que representam um desafio às políticas públicas, pois ainda persistem as ideias de que os seus conhecimentos são ultrapassados.

Por fim, destacamos que na 9ª Conferência Estadual de Saúde foram aprovadas diretrizes e propostas que valorizam as práticas tradicionais: garantir o financiamento federal diferenciado para a região norte, contemplando as características regionais e geográficas, do atendimento de saúde integral, visando a uma gestão humanizada que atenda cada público e suas necessidades de direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; fortalecer as práticas tradicionais, como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência as gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos centros de saúde, incluindo essas práticas na Política Nacional de Atenção Básica, inclusive com acesso a inserção de dados de procedimentos realizados por estes profissionais às gestantes no cartão de pré-natal.

Desse modo, pensar de modo decolonial é a possibilidade de que voz e o poder das parteiras estejam presentes nas políticas, nos territórios e no cotidiano do cuidado em saúde. É extremamente necessário que os conhecimentos ancestrais, soterrados e silenciados pela epistemologia ocidental, se façam visíveis, pois resistem e existem nos territórios. Não é o caso de darmos voz porque elas já existem, mas criar as condições de possibilidade e lugares de poder e de dizibilidade para a sua efetiva presença no aqui e no agora.

Referências

- Ballestrin, L. (2013). América Latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, no. 11, p. 89–117, Aug.
- Bontempo, G. C., Nogueira, V. M. R., & Gimenez, R. P. (2013). Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 2(2), 908-919. <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.131>
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/* Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Ministério da Saúde. Brasília: [s. n.]. Available at: <http://www.saude.gov.br/editora>. Accessed on: 17 Sep. 2022.
- Costa, G. D. F. (2022). Redes Vivas de parteiras tradicionais no estado do Amazonas: empoderamento e cuidado em saúde. 101 f. *Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)* – Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52514>. Acessado em 20 de junho de 2024.
- Cruz, Z. V. O. (2019). *Ato de partejar: memórias, saberes e práticas de parteiras tradicionais do sudoeste baiano*. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
- DSEI ARS (2022). Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões. *Relatório do Programa Saúde da Mulher Indígena*. Distrito Sanitário Especial Indígena ARS. Tabatinga.
- Ferreira, L. O. (2004). *Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias do Acre e do Sul do Amazonas*. Produto de consultoria Pnud, Projeto Vigisus II. Brasília.

- Ferreira, L. O. (2013). Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, no. 4, p. 1151–1159, 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000400028.
- Ferla, A. A., Ramos, F. A., Rivas, E.. (2023). Complejidad del trabajo en salud, transdisciplinariedad y sistematización del conocimiento a partir de la experiencia: cuestiones para la educación permanente en salud. In: Ceccim, R. B., Ferla, A. A. & Ramos, F. A.. (Org.). *Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas*. 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Porto Alegre, RS: ÚNICA. 289 p. (Série Salud & Centroamérica, v.1). Disponible en: <https://editora.redeunida.org.br/serie/saludcentroamerica/>.
- Jardim, G. de S., & Cavas, C. S. T. (2018). Pós-colonialismo e feminismo decolonial: caminhos para uma compreensão anti-essencialista do mundo. *Ponto-E-Vírgula*, (22), 73–91. <https://doi.org/10.23925/1982-4807.2017i22p73-91>
- Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas Universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*. Brasília, DF. Universidade de Brasília, v.31, n.1, jan/abr.
- Gruber, J. G. (1997). *O livro das árvores*. Organização Geral dos Professores Ticuna Bilíngües.
- Nascimento, K. C. do., Santos, E. K. A. dos., Erdmann, A. L., Nascimento Júnior, H. J. do., & Carvalho, J. N.. (2009). A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Escola Anna Nery*, 13(2), 319–327. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012>
- Oliveira, R. de S. de., Peralta, N., & Sousa, M. de J. S.. (2019). As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (rio De Janeiro)*, (33), 79–100. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.05.a>
- OMS. (1996). Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra.
- OMS. (1993). Organização Mundial de Saúde. *Parteras tradicionales: declaración conjunta*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Quijano, A. (1992). Colonialidade e Modernidade/Racionalidade. In: Bonillo, H. (comp.). *Los conquistados*. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; FLACSO, p.437-449. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.
- Regis, J. F. da S., & Feijo, G. V. (2019). Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes: O renascimento do parto. *Discurso & Sociedad*, n. 1, p. 118-138, 2019.
- Sanches, M. E. T. de L., Barros, S. M. O. de, Santos, A. A. P. dos, Lucena, T. S. de. (2019). Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. *Rev. enferm. UERJ*, p. e43933-e43933, 2019.

- Santos-Melo, G. Z. dos; Andrade, S. R. de; Meirelles, B. H. S.; Ortiga, A. M. B.. (2020) Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. *Revista de Saúde Pública*, vol. 54, p. 05, 13 Jan. DOI 10.11606/S1518-8787.2020054001306.
- Schweickardt, J.C., & Barreto, J. P. L. (2023). *Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/trancar-destrancar-e-tecer-na-danca-e-no-canto-praticas-da-medicina-indigena-na-amazonia/>
- Schweickardt, J. C., Borges de Freitas, J. M., Ahmadpour, S. B. (2020). *Saúde Indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural*. Série Saúde e Amazônia, Porto Alegre, p. 1-8.
- Schweickardt, J. C., Martins, F. M., Schweickardt, K. H. S. C. (2017). Epistemologia do cuidado pelas lentes do tradicional: saberes de parteiras e rezadores. In: Schweickardt, J. C., Albuquerque, R., Ferla, A.A.; Guimarães, M.C.S. (Org.). *Divulgação e jornalismo científico em saúde e ambiente na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 130-140.
- Schweickardt, J. C. et al. (2021). Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde. In: *Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Schweickardt, J. C., Sousa, M. de J. da S.; Nascimento, A. C. S.; Gomes, M. das D. M.; Moraes, T. dos Santos. (2020). *Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde*. Rede Unida. Available at: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-PARTEIRAS-TRADICIONAIS-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude.pdf>.
- Silva, C. & Santos, B.. (2021). As parteiras tradicionais como sujeitas de resistência às múltiplas colonialidades. *Sexto Congresso de cultura e educação para a integração da América Latina*. p. 01-13.
- Silva, C.; Santos, B. dos. (2022). Reflexões teóricas da geografia feminista decolonial sobre as espacialidades coloniais reprodutoras do controle social do corpo feminino durante o parto. *Terra Livre*, vol. 2, no. 57, p. 190–225, 14 Sep. Available at: <https://publicacoes.agb.org.br/terralivre/article/view/2290>. Accessed on: 16 Jun. 2023.
- Silva, S. C., Dias-Scopel, R., Schweickardt, J. C. (2020). Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190030.
- Silva, H. B. da; Diaz, C. M. G.; Silva, K. F. da. (2015). Culture and indigenous women's health: integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 7, no. 4, p. 3175–3184, 1 Oct. 2015. DOI 10.9789/2175-5361.V7I4.3175-3184.

- Smith, L. T. (2018). *Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas*; tradução. Roberto G Barbosa. Curitiba: Ed. UFPR.
- Sousa, C. I. (2016). *Uso adequado da energia elétrica para os Ticuna*. Brasília (DF): GKNoronha, 2016. 36 p.
- Sousa, T. M., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., & Lima, R. T. de S. (2022). A assistência ao parto por parteiras leigas: Uma revisão integrativa. *Saúde em Redes*, vol. 8, no. sup1, p. 191–205.
- Sousa, T. M. (2018). O Cuidado oferecido por parteiras tradicionais: Redes de Saber, Cuidado e Integralidade na Atenção à Gestação, ao Parto e ao Puerpério. *Dissertação de Mestrado*. Manaus: Fiocruz Amazonas.
- Tonin, L. de S., & Roque, L. C. T. (2019). A colonização do parto e a configuração da violência obstétrica: uma abordagem histórico-crítica para uma intervenção profissional propositiva. In: *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019*.
- Rampazo, A. V., Saraiva, L. A. S., Souza, E. M., Brewis, J., O’Shea, S. (2022). Rompendo hegemonias sobre corpos e organizações. *Revista de Administração de Empresas*, vol. 62, no. 4, e0000-0022, Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de S.Paulo DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020220402>



Decolonizar o ato de parir: reflexões necessárias para a produção da saúde integral das pessoas que gestam

Raquel Del Socorro Jarquín Rivas
Fabiana Mânica Martins
Júlio Cesar Schweickardt

Leto de pronto sentiu contrações e ansiou dar à luz. Com os dois braços em torno a uma palma, inclinou-se aos joelhos. Sobre um gramado macio com a terra sorrindo por baixo. Ele saltou para luz. Ao que todas as deusas clamaram
Homero

O poema de Homero sobre Apolo nos transporta para um momento de profunda conexão entre Leto e a natureza. Essa cena sugere não apenas a relação íntima de Leto com seu próprio corpo e território, mas também nos faz refletir sobre o ato de dar à luz na antiguidade. Nessa referência, o parto aparece como um evento solitário, protagonizado pela mulher, a única capaz de realizar tal feito. Leto, sentindo seu corpo sinalizar o momento, buscou um local apropriado para se aconchegar e posicionar-se, abraçando a natureza ao seu redor enquanto dava à luz a um novo ser. Essa ação, embora pareça solitária, simboliza a força e a capacidade feminina de gerar vida.

Na visão moderna da medicina ocidental e eurocêntrica, pode nos induzir a uma interpretação da cena como um momento sem assistência ou acompanhamento. Contudo, é importante desafiar essa perspectiva. Muitas culturas, tanto no passado quanto no presente, veem o parto como um evento que, embora solitário, não é desprovido de cuidado ou significado. Para alguns povos originários, o parto se constitui em grande potência, uma manifestação da força feminina que transcende explicações simplistas.

Assim, o poema de Homero não apenas celebra o nascimento de Apolo, mas também nos convida a reconsiderar nossas percepções sobre o parto e a reconhecer a profunda sabedoria e poder inerentes ao ato de dar à luz. Portanto, seria necessário voltar nossos olhares para nossas ancestrais e verificarmos outras formas de parir que muito têm a ensinar às políticas de saúde, aos centros de parto, maternidades e afins. Com isso, afirmamos a necessidade de adotar uma perspectiva decolonizadora do corpo, do feminino, do ato de parir e do processo

mercantilizador que do ato de dar à luz. Estaria o patriarcado imperando sobre nossos corpos, o capitalismo capturando a potência dos saberes ancestrais e o racismo estrutural e ambiental operando por meio da colonialidade branca e ocidental?

Neste texto, interessa-nos problematizar alguns conceitos acerca da colonização e de nossos corpos, especialmente o feminino. Será que as dores do parto eram silenciosas? A mulher controlava a dor? Gritava ou não gritava? Vivenciava o processo de parir em silêncio? Ou será que outras dimensões perpassavam essa ciência de corpo-território que nós, “senhoras racionais”, desconhecemos?

O presente texto traz breves apontamentos a partir da oferta potente que foi a disciplina de **decolonialidade e cuidado em saúde**, experimentada no mestrado em 2023. As categorias apresentadas na disciplina nos fazem pensar sobre a necessidade de pensar de modo decolonial e construir formas outras de se conectar com outros universais que estão presentes nos nossos territórios, especialmente na Amazônia.

A dor do parto e as relações socioculturais

A dor do parto é universal, mas na tradição judaico-cristã, como está descrito no gênesis, passou a ser um castigo de Deus à mulher (Eva) e aos seus descendentes (Knobel, Radünz & Carraro, 2005). Essa dor é percebida como excruciante e insuportável. Talvez, seja o primeiro silêncio da mulher parturiente, um silêncio pela sobrevivência, pela existência e pela proteção dela e da sua cria. Atrevemo-nos a ser irreverente e dizer que este talvez tenha sido o primeiro ato colonizatório entre Deus, o criador, e sua criação, a mulher, como servidora do homem (Adão), e que sua “desobediência” ou insubordinação resultou na dor do parto. Quantos outros silêncios não surgiriam posteriormente? Quantas perseguições e mortes pelo simples fato de ser mulher, detentora de conhecimentos de cura e de parir?

Segundo Freud em "O Mal-Estar na Civilização", a civilização é construída sobre a renúncia instintual, ou seja, a supressão e repressão dos instintos poderosos. “[...] essa ‘frustração cultural’ domina o largo âmbito dos vínculos entre os homens; já sabemos que é a causa da hostilidade que todas as culturas têm de combater” (Freud, 2019, p. 40). Portanto, a exteriorização da dor do parto pode ter sido aprendida para assegurar a proteção grupal. Com a evolução das sociedades, o viver em grupos e colônias, e a inteligência que nos caracteriza, a ajuda mútua nos conduziu à empatia e solidariedade com os outros, ou no caso das mulheres,

entre si. No entanto, para que os comportamentos sociais e empáticos tivessem lugar, foi necessário renunciar a instintos primitivos que não favoreciam os humanos. Foram necessárias mudanças de comportamentos e estratégias para evoluir. Essas mudanças, segundo Freud, a favor do social impulsionaram a civilização.

Esse caminho “civilizatório nos levou a criar estratégias e a adquirir conhecimentos sobre nós mesmas. O ser humano soube que, para sobreviver no mundo, era necessário se juntar a outros e assim garantir a colaboração mútua e a necessidade de viver em comunidade. Nesse agrupamento, a sobrevivência levou ao trabalho coletivo. No entanto, com o advento de sociedades patriarcais, a mulher passou a ser entendida como procriadora, cuidadora e para satisfazer sexualmente o homem. Freud (2019, p. 41) diz que o macho agora tinha um motivo para conservar a mulher (fêmea) perto dele, e essas, por sua vez, não queriam se separar de suas crias, permanecendo perto do macho forte.

A vida em comum era composta de trabalho duro e constante, criado pelas necessidades que surgiam, e pelo amor ou apego que, no caso do homem, não renunciava ao objeto sexual (mulher), e no caso da mulher, não soltava sua criança, que era parte dela mesma. O corpo da mulher nesse processo civilizatório patriarcal tinha valor e objetivo sexual, reprodutivo e de transmissora de conhecimento para as próximas gerações. Segundo Silva e Santos (2021), o corpo da mulher é uma especialidade intercessora das relações de vantagens e desvantagens no processo do parto.

Ao contrário da obstetrícia atual, que, segundo Knobel *et al.* (2005), tem perdido o objetivo de estar ao lado da parturiente, o parto ancestral ou o partejar tradicional, está voltada para o cuidado e a proteção da mãe e do bebê durante a gravidez, parto e pós-parto. Interessante que a palavra obstetrícia “é de origem latina, derivada da palavra obstetrix, originária do verbo obstare, que tem o significado de ficar-ao-lado ou em-face-de” (Knobel *et al.*, 2005, p. 235). O parto tradicional ainda praticado pelas populações da floresta e povos originários, transmitidos pela oralidade, tem como prática um cuidado integral da gestante e da criança (Schweickardt *et al.*, 2020).

Em todas as sociedades, apesar do patriarcado, as mulheres eram detentoras de sabedoria e conhecimento do corpo feminino, o que de certa forma lhes dava o poder de compartilhar esse saber. Poder não no sentido colonial, onde, segundo Hermidia (2021), o poder colonial perdura mesmo após o desaparecimento da relação de submissão explícita. Referimos ao poder no sentido de ter um conhecimento ancestral, de estar ao lado, de cuidado que produz vida.

Se a dor do parto, desde as referências bíblicas, foi carregada de significados e implicações sociais e culturais, inicialmente vista como um castigo divino, essa dor se transformou em um ponto central na relação entre a mulher e a sociedade. Ao longo da história, as parturientes tiveram que lidar com essa dor de maneiras diversas, muitas vezes em silêncio, para garantir sua sobrevivência e a de seus filhos. A modernidade, como um projeto eurocêntrico, reforçou certos papéis e expectativas sobre o corpo feminino, principalmente no que diz respeito à reprodução e ao cuidado. Assim, o saber ancestral das curandeiras e parteiras tem um poder contra hegemônico, pois representa a resistência feminina nas práticas tradicionais de cuidado.

Patriarcado e controle do corpo feminino

A modernidade é uma invenção Europeia que resultou na escravização de povos de diferentes continentes, colonização da África, Ásia e América Latina. As categorias de gênero e raça são frutos desse período, quando os povos são explorados e estratificados. Com isso, o privilégio do gênero masculino passa a constituir o *ethos* europeu na modernidade (Oyewumí, 2019).

A “missão civilizatória” colonial era a máscara eufemística do acesso brutal aos corpos das pessoas através de uma exploração inimaginável, violação sexual, controle da reprodução e terror sistemático (por exemplo, alimentando cachorros com pessoas vivas e fazendo algibeiras e chapéus das vaginas de mulheres indígenas brutalmente assassinadas) (Lugones, 2014, p. 938).

O controle do corpo feminino ao longo da história tem sido profundamente influenciado pelo patriarcado, uma estrutura de poder que, como Hermida (2021) observa, abrange questões de gênero, orientação sexual e moralidade. Aníbal Quijano (2014) expõe como a matriz colonial do poder não apenas colonizou as estruturas sociais, mas também controlou a reprodução e a sexualidade das mulheres como parte de uma missão civilizatória, frequentemente brutal e exploratória.

Esse processo transformou o parto e os conhecimentos das mulheres na "obstetrícia ancestral" em algo estranho e subjugado, despojando-as de sua identidade e autonomia. O cristianismo, por exemplo, desempenhou um papel crucial ao suprimir esses saberes tradicionais e impor um controle rígido sobre as práticas reprodutivas e sexuais femininas. Mulheres que antes desfrutavam de status e respeito dentro da igreja foram transformadas em ameaças e, posteriormente, perseguidas pela inquisição, como discutido por Froz (2015).

A era da "caça às bruxas" durante os séculos XV a XVIII representou um dos períodos mais sombrios de feminicídio na história, quando milhares de mulheres (e homens) foram executados sob acusações de bruxaria. Essa perseguição refletiu uma histeria coletiva, conforme descrito por Freud, quando qualquer desvio da norma social ou expressão de conhecimento era suficiente para incitar medo e violência.

Apesar dessas adversidades, as mulheres intensificaram seus conhecimentos e começaram a compartilhá-los de forma solidária. Os saberes sobre os mistérios da natureza e os cuidados tradicionais em saúde da mulher, incluindo o parto e o pós-parto, foram preservados e transmitidos entre as comunidades femininas. Essa solidariedade não apenas fortaleceu os laços entre as mulheres, mas também reforçou a importância da organização comunitária e na relação com o ambiente, com o cuidado ancestral de mulheres, por mulheres e para mulheres, como é o caso das parteiras tradicionais que apesar do constante apagamento de seus saberes, elas persistem nas suas práticas (Schweickardt *et al.*, 2020).

Assim, a história do controle do corpo feminino é também uma história de resistência e resiliência, em que as mulheres, apesar das adversidades, encontraram maneiras de preservar seus conhecimentos e práticas tradicionais, sustentando não apenas a saúde física, mas também a coesão social dentro de suas comunidades.

Capitalismo e Hospitalização

No século XIX, o capitalismo reforçou e valorizou a hospitalização do parto, em detrimento do parto domiciliar e na comunidade. Muitas especialidades começam a parecer como a obstetrícia que visa um parto "seguro", higiênico, com menos riscos de morte ou doenças e se diferencia pela sua cientificidade dos chamados partos domiciliares que eram praticados por parteiras. A obstetrícia trouxe uma especialidade muito lucrativa para aquelas que podiam pagar. A obstetrícia moderna da qual é chamada também de parto natural e feito por mulheres, ganha um novo componente que é o homem (figura masculina), onde as mulheres não são mais as exclusivas na realização do parto. O parto passa a ser realizado por homens obstetras que, apesar de terem o conhecimento científico sobre a anatomia feminina, tem pouca noção do cuidado e delicadeza no momento do parto. Aires (2006) diz que a participação masculina no parto é acompanhada do uso instrumental que é desenvolvido para o apoio ao parto. Criaram, diz a autora, um arsenal de instrumentos cirúrgicos.

Foram criados manuais em que continham o uso de pinças, fórceps, tesouras, entre outros, para intervenções cirúrgicas. Tudo isso com o intuito de talvez desvendar os mistérios do corpo feminino, como se assim a humanidade deixasse de produzir seus humanos de uma nova forma. O feto ainda continua a se desenvolver do mesmo modo que era no princípio da humanidade.

As mudanças tecnológicas não devem substituir o ato de parir, mas servir de suporte para a segurança da mulher e da criança. O parto domiciliar passa a ser condenado por ser entendido como lugar de “risco” ou de atraso, valorizando as práticas hospitalares. Martins (2004) diz que com a modernidade, sob a ótica de uma ciência única, submeteu as parteiras tradicionais ao controle das autoridades médicas. Por isso, muitas parteiras foram obrigadas a realizar cursos e passar pelo aval da academia para poder exercer a sua atividade nas comunidades.

Vemos aqui um processo de colonialidade do poder, quando o parto passa a ser apropriado pelo conhecimento científico. Segundo Martins (2004), as parteiras tradicionais foram submetidas ao silenciamento ou subjugadas pelo conhecimento médico. O partejar é parte de uma prática que envolve a oralidade, plantas medicinais, rezas, rituais, que foi sendo colonizado pelo pensamento eurocêntrico e branco.

Temos muito que aprender com o parto e o partejar na sua forma mais simples e natural, com suas práticas ritualísticas e as diferentes visões dos povos ancestrais. No entanto, a modernidade tem invisibilizado essa prática, pois é vista como atrasada, descartável, não científica, trazendo a categoria de “risco” para desqualificar os partos domiciliares e comunitários.

A importância da atuação das parteiras tradicionais para a saúde e o bem-estar das gestantes, vai na contramão do estigma que recai sobre elas de prestarem uma assistência “inferior” aos profissionais formados na biomedicina. Porém, destaca-se a invisibilidade das parteiras em muitos territórios indígenas, como efeito da inserção das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que conduzem sua assistência através do modelo biomédico, colocando em risco, complexos processos de cuidado tradicional, frente às práticas de atenção à saúde legitimadas pela biomedicina (Girardi & López, 2020, p. 208).

Padrões de dominação predominam buscaram silenciar as práticas e conhecimentos das parteiras tradicionais, pois, segundo Haraway, (1995), pois se construiu um discurso sobre estas pessoas e seu trabalho uma certa desconfiança. As raízes coloniais estão tão presentes sobre esses saberes ancestrais, colocando um juízo sobre essas práticas e técnicas como ultrapassadas e que produzem um “risco” à saúde. No entanto, como aponta a autora: “As perspectivas dos subjugados são preferidas porque parecem prometer explicações mais adequadas, firmes, objetivas, transformadoras do mundo” (Haraway, 1995, p.23). O saber das parteiras

tradicionais mostra um conhecimento das técnicas corporais, uma linguagem e rituais que fazem parte do cotidiano familiar e comunitário das pessoas envolvidas no partejar (Schweickardt *et al.*, 2020).

Controle e Corpo na percepção da maternidade

Muitas mulheres, ao darem à luz uma menina, enfrentam e têm enfrentado comentários, ressentimentos e atitudes depreciativas de familiares, parentes, sogros, amigos e marido. Essas mulheres são vistas como incapazes de gerar filhos do sexo masculino, considerados potentes, fortes e saudáveis; ao invés disso, geram filhas, vistas como frágeis e consideradas inúteis. Essas atitudes frequentemente geram sentimento de culpa e desprezo por si mesmas na mãe, que pode também invejar outras mulheres que conseguem gerar filhos homens e são consideradas "felizes", trazendo felicidade aos seus maridos e familiares.

Elena Gianini Belotti nos leva a refletir sobre o controle colonizador do corpo da mulher antes de seu nascimento. Ela argumenta que desde o início da gravidez, a mulher está sujeita a um preconceito profundamente arraigado que a vê como a única responsável, para o bem ou para o mal: "Minha mulher me deu um belo garoto", "Minha mulher não é capaz de fazer um garoto", "Minha mulher só sabe fazer meninas" (Gianini Belotti, 1985, p. 13).

Gianini Belotti (1985) refere-se ao filósofo Aristóteles, que na Grécia antiga afirmava que o embrião humano se desenvolvia a partir de um coágulo menstrual, onde a mulher tinha o papel de fornecer a matéria informe, enquanto o homem dava forma e vida ao embrião. Muitos contemporâneos de Aristóteles sustentavam que a contribuição da mulher na concepção era nula, sendo sua única participação a nutrição da semente depositada pelo homem em seu corpo (Gianini Belotti, 1985, p. 14).

No entanto, com o desenvolvimento das ciências e do discurso feminista, se afirmou a ideia de que tanto a mulher quanto o homem têm participação igual no processo reprodutivo. A ciência genética também revelou que existem espermatozoides com cromossomos X e Y, resolvendo assim o dilema sobre se é o homem responsável pela concepção de um embrião feminino ou masculino.

Apesar das informações atuais e do nível de conhecimento predominante, ainda é possível observar nas redes sociais atitudes de aprovação e desaprovação ao revelar o sexo do bebê. Por exemplo, há pulos de alegria tanto da gestante quanto do parceiro quando é revelado que será um menino, ao contrário das atitudes de decepção de ambos quando será uma menina, com a mulher muitas vezes demonstrando tristeza e culpa por não carregar no ventre o filho tão desejado pela

sociedade. “O preconceito tem raízes profundas no costume: desafiam o tempo, as retificações, os desmentidos, por apresentarem uma utilidade social” (Gianini Belotti, 1985, p. 15).

O corpo da mulher tem sido frequentemente visto como defeituoso, inútil e incapaz de gerar seres humanos "perfeitos", ao contrário do corpo masculino, que é considerado ideal. De acordo com Gianini Belotti (1985), em casos de esterilidade de um casal, os exames são inicialmente realizados na mulher, e somente quando esses resultados são negativos é que o homem é convidado a fazer os exames, muitas vezes gerando insatisfação ao ter sua virilidade questionada. O corpo da mulher parece não conhecer limites quando se trata de se submeter aos preconceitos impostos pela sociedade, pelo marido, pela família, pelos filhos e outros. Ela parece convencida de que seu propósito principal é dar à luz, fornecendo filhos para seu casamento, a fim de manter a paz, o equilíbrio e a tranquilidade do lar. Por outro lado, um casamento que não pode ou não quer conceber filhos é frequentemente visto como destinado ao fracasso e à infelicidade, pois a maternidade é considerada a única e verdadeira realização possível para a mulher (Gianini Belotti, 1985, p. 16). Por fim, ainda persiste na sociedade a ideia de que as mulheres são responsabilizadas pelo fato não gerarem filhos do sexo masculino. Recentemente, o ex-presidente Bolsonaro afirmou que “deu uma fraquejada” no nascimento da filha, expressando o machismo presente na estrutura social.

Podemos afirmar que esse controle colonizador do corpo da mulher, especialmente no contexto da maternidade e da reprodução, revela padrões profundamente enraizados de discriminação e desigualdade de gênero. Ao longo da história, a mulher tem sido submetida a expectativas opressivas e preconceituosas que valorizam a capacidade de gerar filhos do sexo masculino como uma medida de sucesso e aceitação social, enquanto desvalorizam a maternidade de meninas. Essas normas culturais e sociais perpetuam um ciclo de culpa, desprezo e autodepreciação nas mulheres que não correspondem às expectativas de gerar filhos do sexo masculino. A pressão para cumprir esses ideais tradicionais pode ter efeitos devastadores na autoestima e no bem-estar emocional das mulheres, além de reforçar a ideia de que seu valor está exclusivamente ligado à capacidade reprodutiva.

Além disso, esses estereótipos influenciam profundamente a percepção da própria feminilidade e identidade das mulheres. Elas são constantemente confrontadas com julgamentos baseados em concepções antiquadas sobre seu papel na reprodução e na família, o que as limita em sua autonomia e liberdade de escolha. Para promover uma mudança significativa, é essencial questionar e

desafiar essas estruturas de poder patriarcal que continuam a regular o corpo feminino e a maternidade. Isso envolve não apenas reconhecer e valorizar a diversidade de experiências das mulheres, mas também garantir que políticas públicas e práticas sociais apoiem a igualdade de gênero e o respeito pelos direitos reprodutivos individuais.

Assim, reflexão sobre o controle do corpo na percepção da maternidade nos convida a reexaminar criticamente as normas culturais que moldam nossa compreensão da feminilidade e da maternidade, buscando caminhos para uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todas as formas de parentalidade sejam respeitadas e valorizadas igualmente.

É necessário decolonizar pensamentos e corpos

Abordamos aspectos fundamentais que permeiam a história e a prática do cuidado ao parto e ao corpo feminino. A dor do parto, por exemplo, é uma experiência multifacetada e culturalmente influenciada, variando significativamente entre diferentes contextos históricos e culturais. As feiticeiras e curandeiras desempenharam papéis cruciais no cuidado das mulheres, oferecendo conhecimentos tradicionais que, embora muitas vezes marginalizados, eram essenciais nas comunidades indígenas e rurais. A prática ancestral de partejar, conduzida por parteiras antes da medicalização do parto, destaca-se como um exemplo de cuidado profundamente enraizado em diversas culturas. No entanto, o patriarcado historicamente controlou não apenas a reprodução, mas também a sexualidade e o próprio ato de dar à luz, transformando essas experiências em campos de domínio e exclusão.

Com o advento do capitalismo e da hospitalização do parto, houve uma mudança radical na forma como o parto é percebido e gerido, introduzindo novos padrões e práticas que frequentemente marginalizaram as abordagens tradicionais. Finalmente, o conceito de controle do corpo vai além do parto, abrangendo uma gama mais ampla de questões sociais e políticas sobre como os corpos são regulados e disciplinados pela sociedade, revelando complexas dinâmicas de poder e resistência ao longo da história das mulheres e suas práticas de cuidado. Esses temas sugerem propostas para estudos futuros mais detalhados e aprofundados, explorando suas interseções e impactos nos contextos contemporâneos e globais.

Decolonizar o ato de parir são reflexões necessárias para a produção da saúde integral das pessoas que estão em conflito como a influência do patriarcado, a medicalização do parto. Ao decolonizar o ato de parir, buscamos questionar e desafiar as normas dominantes que historicamente controlaram e marginalizaram as

práticas de cuidado ao parto, especialmente aquelas centradas em saberes tradicionais e comunitários, como os das parteiras. Isso inclui reconhecer e valorizar as diversas perspectivas culturais sobre a dor do parto, as técnicas de cuidado ao parto, e a autonomia das gestantes na tomada de decisões sobre seus corpos e processos reprodutivos.

A reflexão sobre a descolonização do parto também implica uma crítica ao capitalismo e à medicalização excessiva do parto, que desumaniza a experiência e reduz a gestante a um paciente passivo em um ambiente hospitalar. Propomos um cuidado integral e holístico, não dicotômico e não hierárquico, em que as práticas de partejar possam a ser parte de um movimento mais amplo de justiça reprodutiva e saúde integral. Portanto, decolonizar o ato de parir não é apenas um chamado para revisar as práticas atuais de assistência ao parto, mas também uma forma de reconectar com saberes ancestrais, respeitar as escolhas individuais das gestantes e promover uma visão mais inclusiva e humanizada da reprodução e saúde reprodutiva.

Referências

- Aires, M. J. (2006). Técnica e tecnologia do parto: produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais. *Tese de Doutorado*. Curitiba: Universidade Federal Tecnológica do Paraná.
- Freud, S. (2019). *O mal-estar na civilização*. LeBooks Editora.
- Froz, S. S. (2015). *A arte de partejar: o mito-mistério do nascimento na Luz do Santo Daime*. Editora Ramalhete.
- Gianini Belotti, E. (1985). *Educar para a submissão: o descondicionamento da mulher*. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- Girardi, F., & López, L. C. (2020). “E quando amadurece a fruta cai”: cuidados com o gestar e o nascer Kaingang na perspectiva de uma Parteira. In: Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., Moares, T. S.. *Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/parteiras-tradicionais-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude/>
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41.
- Hermida, M. E. (2021). *Interrupción del embarazo, colonialidad y patriarcado*. *Propuestas Críticas en Trabajo Social-Critical Proposals in Social Work*, 1(2), 50-72.

- Knobel, R., Radünz, V., & Carraro, T. E. (2005). Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14, 229-236.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22, 935-952.
- Martins, A. P. V. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oyewumí, O. (2019). Conceituando gênero: a fundação eurocêntrica de conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. In: Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N.; Grosfoguel (Orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Em: Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO, 2014. ISBN 978-987-722-018-6. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>.
- Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., & Moares, T. S.. (2020). *Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/parteiras-tradicionais-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude/>
- Silva, C., & Santos, B. (2021). Reflexões teóricas da geografia feminista decolonial sobre as espacialidades coloniais reprodutoras do controle social do corpo feminino durante o parto. *Terra Livre*, 2(57), 190-225.



Descolonización y Parto Humanizado en Nicaragua

Vilmaricia de los Ángeles Cerda González

Introducción

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

El objetivo de esta narrativa es reflexionar acerca del parto humanizado en Nicaragua y sus aproximaciones con diferentes literaturas que abordan el parto humanizado y estrategias comunitarias con enfoque intercultural.

El parto humanizado, intercultural o culturalmente respetado consta con una larga lista de beneficios, por lo que estudiarlos y socializarlos puede considerarse como lo más apropiado. En algunos países de América Latina se ha evidenciado disminución de la mortalidad materna desde el periodo de 2.000 a 2.020, donde la implementación de diferentes estrategias de atención del parto, y entre estas el parto humanizado logra dar cumplimiento a los objetivos del milenio e inclusive proteger y satisfacer a la gestante al momento del nacimiento.

No obstante la importancia del cuidado de la salud mental en esta etapa donde implica el bienestar biopsicosocial de la persona de acuerdo al contexto cultural donde requiere un abordaje interdisciplinario e intercultural donde se respete la idiosincrasia de los pueblos y la cosmovisión, es así como en sistemas de salud

enfocados en la atención primaria en salud como en Nicaragua, se logre la implementación de estrategias comunitarias acordes al acervo cultural de los pobladores es esencial para el alcance de las metas establecidas en la políticas públicas.

Esto nos llevó a conocer el concepto de Interculturalidad que, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) lo expresa como: “La presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto Mutuo” (UNESCO, 2005, art..4.8). Entretanto, los pueblos indígenas de nuestro país son constantemente atacados, violados y obligados a dejar sus costumbres y tradiciones. La lucha por el respeto y su autonomía, por sus territorios y sus derechos es ardua y no es atendida ni incorporada en las políticas públicas. Esto contribuye para el aumento de las inequidades ciudadanas, especialmente en la integralidad de la salud que respete la cultura e autonomía de los pueblos.

Por tanto, se ha identificado la necesidad de retomar las prácticas tradicionales y los saberes ancestrales en las actividades de promoción de la salud en las comunidades, con la incorporación de elementos integrales de la medicina tradicional indígena, la relación con los ancestros, la armonización, las dietas, entre otros. Esto permitirá atender las diferentes situaciones vividas (recesión económica, migración, situaciones de violencias domésticas e institucionales, aislamiento social general, conflictos familiares etc.) de forma individual o colectiva para un bien vivir.

El Ministerio de Salud (Minsa) de Nicaragua en 2010 aprobó la Norma de Humanización del parto Institucional. Cumplir con esta normativa es de “carácter obligatorio” y tiene que ser “aplicada en todos los establecimientos de salud públicos y privados donde se oferta servicios obstétricos y neonatales”. La norma establece los derechos de las embarazadas desde el inicio del embarazo, durante el parto y después del mismo. De igual manera cita los derechos los recién nacidos y quienes los acompañan. Entre los derechos reconocidos por el Minsa para el parto humanizado, están: poder tener un acompañante, decidir la posición del parto. Además, el respeto a sus creencias religiosas, espirituales y el acompañamiento psicológico. Igualmente “recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes” (NINSA, 2010, p. 19).

No obstante, esto permite la necesidad de hacer visible a la mujer en un ambiente íntimo, calmado, silencioso donde ella pueda liberar toda su capacidad de

mamífero en parto como las hormonas del amor: oxitocina, endorfinas y prolactina. Durante el proceso del parto muchas mujeres son víctimas de abusos y tratamientos irrespetuosos en el ámbito de las instituciones de salud (Carvalho & Santana, 2017). Esta realidad, que afecta a varios países, además de violar los derechos de estas mujeres a la atención de calidad, son vulnerados los derechos que afectan a la madre y su núcleo familiar cuando no se cumplen técnicas médicas o recomendaciones dadas por la OMS en el aspecto emocional situando en peligro su integridad física y mental en un momento de extrema singularidad. Por lo tanto, además de un problema de salud pública, ha sido una cuestión de derechos humanos, donde se pretende evitar la violencia obstétrica.

Esa violencia que se genera hacia la madre y su familia puede tener como causa factores diversos, entre ellos la falta de educación permanente entre los profesionales de la salud sobre la violencia (Pedrosa y Spink, 2011), conduciendo a una naturalización de la violencia. Además, en el estudio de Ferreira *et al.* (2021) se identificaron los siguientes factores: jerarquía entre profesional y paciente, preconcepciones étnicas durante el proceso del parto, percepción del profesional sobre el parto, expectativa de mala atención en los servicios públicos de salud, las duras condiciones de trabajo de los profesionales y las restricciones al acompañante de elección de la parturienta. Esas son influencias significativas en los casos de violencia obstétrica.

En Brasil, Zanardo *et al.* (2017) señala, por ejemplo, que la epidemia de intervenciones quirúrgicas en el proceso del parto, promueve la medicalización excesiva del parto, transformando en un evento patológico. Las mujeres son sometidas a innumerables intervenciones, muchas veces sin el debido consentimiento o acceso a la información, se caracterizando como una violación de sus derechos reproductivos y humanos. Además, otro factor que puede facilitar la presencia de violencia es la negación del derecho a tener compañía y el cuidado, a menudo humillante, reflejando una falta de respeto por la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo y la dimensión social y existencial del parto.

No obstante, este tema en particular es poco estudiado y profundizado en investigaciones de Nicaragua, existen a la fecha abordajes que incluyen aspectos legales o médicos de cómo afecta el parto a la mujer nicaragüense sin ahondar en aspectos psicológicos, siendo un gran desafío para Nicaragua. En este sentido, la promoción de los derechos de las mujeres y la construcción de relaciones de género más equitativas en los servicios de salud aun dependen de la creación de espacios que fomenten la reflexión crítica sobre el desempeño de los profesionales. La inclusión de temas como raza, género y clase en los currículos de formación en salud

son importantes para el cambio de la realidad de violencia, como lo analizan Pedrosa y Spink (2011).

Parto humanizado en Nicaragua: marcos legales y diálogos con Brasil

El concepto de humanización del parto abarca diferentes interpretaciones y propuestas para cambiar las prácticas cotidianas de los servicios, introduciendo nuevos conceptos que, para Diniz (2005), resultan desafiantes e incluso conflictivos en el proceso de atención a la salud. La humanización se refiere a enfoques basados en evidencia científica y derechos humanos, que pueden ser recreados y adaptados por diferentes grupos sociales, siendo utilizados como herramientas para impulsar el cambio. Procesos que tienden a ocurrir lentamente debido a grandes resistencias en las formas tradicionales hegemónicas de hacer el cuidado de las mujeres. Además, el término humanización es visto como estratégico, ya que permite un diálogo menos confrontativo con los profesionales de la salud sobre la violencia presente en el campo institucional.

El parto humanizado es una modalidad de la atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. El parto humanizado pretende generar cambios en el cuidado de los profesionales de la salud y brindar a la gestante un momento especial, en condiciones de dignidad humana, protagonismo y libertad para la toma de decisiones sobre las condiciones en las que quiere parir, tratando de disminuir sensaciones de miedo e inseguridad por medio de su acompañamiento por el personal sanitario basado en el cuidado humanizado y del bienestar de la gestante o del familiar.

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades, valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. El Ministerio de Salud Nicaragüense al ser consciente de esta realidad ha puesto a la disposición de los trabajadores de salud Normas, Protocolos, Guías y Manuales sobre aspectos a la atención de la mujer en estado de embarazo, parto, puerperio y atención al recién nacido con el objetivo de mejorar la atención en salud de este

grupo y reducir las muertes maternas con la Norma “Humanización del Parto Institucional” (Nicaragua, 2015).

La norma está dirigida a todos los profesionales de salud, tanto de instituciones públicas como privadas, y tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención, garantizando la participación de las familias y la seguridad de las mujeres que utilizan estos servicios. El documento destaca que los profesionales deben ofrecer una atención de calidad y empática, promoviendo la autoestima de los pacientes y fomentando relaciones interpersonales basadas en el amor, la comprensión y la solidaridad, lo que sólo se consigue mediante un cambio de actitud y el trabajo en equipo (Dávila Murillo & Barrantes, 2010).

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal. De esta manera se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento. La propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.
2. Las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.
3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad.

En cuanto al término Humanización en el Parto en Brasil, fue presentado por el Programa de Humanización Prenatal y del Nacimiento (PHPN), establecido por el Ministerio de Salud de Brasil, en primero de junio de 2000. Es un marco jurídico importante para la defensa de los derechos de las mujeres, y la respuesta a las necesidades específicas de atención de las mujeres avergonzadas, recién nacidas y en puerperio. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la

calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía (Brasil, 2002).

En Brasil, la Humanización se pone en importancia para una nueva visión del parto: El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras. Un parto humanizado consiste en brindar información de calidad sobre su estado gravídico, con amabilidad y respeto a su religión y cultura de manera que entienda lo que se le quiere informar, acerca de la libertad de elegir un acompañante, posición de parir y la alimentación que ella desee, brindar comodidad a la embarazada con un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo con lo que cree que va a ser lo mejor y más seguro para ella y su bebé.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

En el parto humanizado la mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico. No hay posiciones correctas o incorrectas, mejores o peores para dar a luz. Depende de donde la embarazada se sienta más cómoda y de lo que esté sucediendo. Cualquiera que sea la instrucción del médico o de la obstetra o también la orientación de la partera, siempre puede atender las señales de su cuerpo para determinar qué posición es mejor para la parturienta y que ayuda a que el parto progrese (OMS, 2016).

Se entiende por parto humanizado o empático:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.

- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.¹

Se nos presenta algunos aspectos del parto humanizado como son: el trato profesional” Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (OMS 2014). El trato del profesional que atiende el parto puede tener cierto efecto sobre la percepción de dolor, así lo demuestran algunos estudios donde madres primerizas muestran que el apoyo ofrecido por los profesionales de la salud durante el parto ejerce un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del parto y el alivio del dolor no parecía tener ninguna implicación en las respuestas (Vela Coral, 2015).

La libre elección de la postura de parto Hay muchas e importantes investigaciones que indican que el caminar y adoptar posiciones verticales (como caminar, sentarse, balancearse, cuatro apoyos) durante el período dilatación, reducen la duración del trabajo de parto, la necesidad de epidural y minimizan la posibilidad que el nacimiento termine en cesárea. (Souza 2017).

Acompañamiento familiar a la mujer puérpera Los acompañantes del trabajo de parto proporcionan a las pacientes información, apoyo práctico y emocional, y pueden opinar en defensa de las pacientes. Los acompañantes pueden ayudar a las pacientes a tener una experiencia positiva en cuanto al parto y deben ser compasivos y confiables. Se considera que sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones

¹ https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995555/nacimiento-humanizado-aportes-de-la-atencion-intercultural-a-la_BNFbld1.pdf

afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su deambulaci3n), pero si no se ha podido realizar esta preparaci3n no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompa1ante (Burgos, 2004).

Manejo del dolor en la atenci3n del parto el alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar f3sico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona. Debe proporcionarse informaci3n a las mujeres en la gestaci3n y el parto sobre los m3todos farmacol3gicos y no farmacol3gicos disponibles. La cantidad de dolor que se siente durante el trabajo de parto y el parto es diferente para cada mujer. El nivel de dolor depende de muchos factores, como el tama1o y la posici3n del beb3, el nivel de comodidad de la mujer con el proceso y la fuerza de sus contracciones. Hay dos formas generales de aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto: usar medicamentos y usar m3todos "naturales" (sin medicamentos). Algunas mujeres eligen de una forma u otra, mientras que otras conf3an en una combinaci3n de ambas. Una mujer debe discutir todos los aspectos del trabajo de parto con su proveedor de atenci3n m3dica antes de comenzar el trabajo de parto para asegurarse de que comprende todas las opciones, riesgos y beneficios del alivio del dolor durante el trabajo de parto y el parto antes de tomar una decisi3n. Tambi3n podr3a ser 3til poner todas las decisiones por escrito para aclarar las cosas para todos aquellos que podr3an estar involucrados en el parto del beb3.

Normativa-042 de Humanizaci3n del Parto en Nicaragua

El gobierno de unidad y reconciliaci3n nacional a trav3s del Ministerio de Salud puso a disposici3n en el a1o 2010 la norma "Humanizaci3n del Parto" con la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posici3n que la mujer solicite por su comodidad, en especial cuando el parto es vertical; tambi3n con el prop3sito de respetar las costumbres y tradiciones de cada una de ellas durante el parto. Est3 norma es dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atenci3n de los establecimientos p3blicos y privados, donde se oferten servicios obst3tricos y neonatales con el prop3sito de establecer acciones que permitan mejorar la calidad de atenci3n a cada una de las embarazadas que son atendidas en dichos establecimientos durante su proceso de parto. El cumplimiento de cada una de las disposiciones generales y espec3ficas de esta norma es de car3cter obligatorio. Por ende, este documento sirve como instrumento para la lucha por eliminar la ausencia de humanismo y maltrato que por d3cadas han venido sufriendo nuestras mujeres nicaragüenses.

En un informe del Ministerio de Salud (MINSA, 2015), se presenta la norma y protocolos de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, están dirigidas a todas y todos los Trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permiten mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las pacientes que demandan los servicios. En esta norma se puntualizan las acciones a cumplir en cada consulta, y que éstas deban realizarse meticulosamente con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la atención prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles complicaciones en una fase temprana y, por lo tanto, a la solución médica o quirúrgica más indicada, con mínimas secuelas y con una evolución satisfactoria.

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) ha desarrollado foros nacionales de parteras donde se comparte experiencia del trabajo que se realiza en las zonas rurales del país, reconociendo la labor de las parteras como una actor importante en su comunidad, con un gran conocimiento ancestral, ellas son sabias en su comunidad, algunas llegan a atender a cualquier paciente, siempre están dispuestas, garantizando la protección de la vida , tanto de la madre como de los niños, tanto en el periodo del embarazo, como posterior al nacimiento, considerándose una estrategia comunitaria que ha sido reconocida mundialmente. Es por eso de gran importancia reconocer en el parto humanizado todos los actores que pueden participar con la mujer ofreciendo un momento único y placentero.

No obstante, se considera de gran importancia “El reconocimiento de la medicina ancestral, siendo un acto de resistencia”. Eso postula la doctora, partera y actual coordinadora de salud de los Pueblos de Bolivia, Vivian Camacho, es un acto de resistencia, según profundiza, porque implica cuestionar y derribar la monoculturalidad en la salud, aquella que determina que sea pensada e impuesta de manera universal por hombres blancos y privilegiados –los que pudieron acceder sin restricción a las primeras universidades– y para personas iguales a ellos. Esa noción que, aun siendo obsoleta, se sigue impartiendo en las aulas.

Las parteras son consideradas un regalo para las embarazadas, sabiduría ancestral y los nuevos conocimientos en Nicaragua han dado fruto, sin duda alguna es más que un trabajo es una vocación que se realiza desde la antigüedad. Las parteras nicaragüenses habitan en las comunidades más alejadas de la ciudad, los cuidados y la atención de las parteras en las comunidades rurales son primordiales, por muchas décadas estuvieron en el anonimato desempeñando su trabajo.

Es muy importante cuando hablamos de salud referirnos al cuidado y protección de la vida en todas sus expresiones y forma, entre ella la biodiversidad y la culturas, pensando desde donde nos posicionamos y como pensamos nuestras identidades y territorios. La vida nos enseña a desaprender y des medicalizar el proceso aprendido de la atención del parto para así retomar las sabidurías de las abuelas; el cuidado al espacio en el que se realiza el parto y que las mujeres se sientan queridas y protegidas. Y es que la medicina ancestral es el compromiso que tenemos con nuestro pueblo.

Referencias

- Bravo P, Uribe C, Contreras A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 73(3): 179-184.
- Brasil. (2002). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 2(1), 69–71. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>
- Carvalho & Santana. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071
- Dávila Murillo, C., & Barrantes, M. (2010). *Norma de humanización del parto institucional / Humanization of childbirth standard institution*. Ministerio de Salud.
- Ferreira, S. C. S., Pantoja, N. K. C., Silva, L. B., Torres, A. C. P., & Rocha, E. N. P. (2021). Factores que contribuem para a ocorrência da violência obstétrica no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e9512. <https://doi.org/10.25248/reas.e9512.2021>
- Gómez, R. (2019). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud, Investigación Empírica de Psicología*, vol. 2 (Núm. 3. – 1991).
- Maldonado, M. & Pérez, T. (2018). *Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio*. (Trabajo de grado). Recuperada de la base de Datos Repositorio Institucional UNAN.
- Mejía, C., Delgado, M., Mostto, F., Torres, R., Verastegui, A., Cárdenas, M., & Almanza, C. (2019). Maltrato durante el embarazo adolescente: un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 83(1), 15-21.
- Ministerio de Salud. (2015). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido(a) y puerperio de bajo riesgo*. (2a. ed.). Managua, Nicaragua.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva* Transformar

la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. In OMS (Ed.). Ginebra. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/whr/es/>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos*. 48a edición.

Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P.. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde E Sociedade*, 20(1), 124–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>

Sociedad Colombiana de Pediatría. (2016). SCP Sociedad Colombiana de Pediatría. Obtenido de SCP Sociedad Colombiana de Pediatría: <https://scp.com.co/actualidadpediatria-social/parto-humanizado-la-informacion-poder/>

UNESCO. (2005). *Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142919>

Zanardo, G. L. de P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R. D., & Habigzang, L. F.. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29, e155043. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>



Os alimentos, o cozinhar, o comer e a decolonialidade: um relato do Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil

Janayla Bruna Oliveira de Aguiar
Júlio Cesar Schweickardt

O capítulo tem como objetivo realizar um trajeto meditativo acerca da relação entre os alimentos, o cozinhar, o comer e a decolonialidade. O texto está estruturado em dois momentos. No primeiro iremos caminhar pelo cenário da alimentação, muito além da comida, sendo este ato construído em meio aos seus significados, sentidos, práticas, histórias e muitos outros aspectos envolvidos, e construídos em seios familiares, comunidades, aldeias, cidades e países.

O segundo momento aborda os processos coloniais e suas influências no cenário alimentar, e como a decolonialidade é resistência e deve ser constância para que haja equilíbrio quanto à oferta de alimentos seguros saudáveis, sendo disponíveis de modo universal de maneira equitativa. As políticas públicas devem ser exequíveis e sujeitas a adaptações para cada região, localidades especificidades, buscando o fortalecimento da agricultura familiar, cooperativas frente ao avanço da monocultura, dos agrotóxicos e de alimentos ultraprocessados que se encontram cada vez mais presente nos lugares mais remotos, como em territórios ribeirinhos e indígenas da Amazônia. Assim, esses processos têm relação com a colonialidade presente no cotidiano das populações. Desse modo, há a resistência dos povos tradicionais e originários é fundamental para a soberania alimentar.

A imagem abaixo é da sede da Associação de mulheres Ticunas (MAPANA), que fica localizada na aldeia de Belém do Solimões, que possui cerca de 6 mil indígenas, sendo a maior aldeia do Brasil em contingente populacional. A MAPANA, fornece para as escolas alimentos como frutas, verduras, proteínas e demais produtos provenientes de roças. Mulheres indígenas resistentes, organizadas, dedicadas e que estão contribuindo para a Segurança Alimentar e a Cultura Alimentar dentro de escolas indígenas.

Na região do Alto Rio Solimões, além da MAPANA, existentes cooperativas, organizações de agricultores familiares indígenas e não indígenas os quais precisam de visibilidade e apoio para norteamento quanto a participação em editais para

fornecimento de alimentos da agricultura familiar, para escolas indígenas e para outros setores.

Figura 1- Associação de Mulheres Ticunas



Fonte: Os autores, 2024.

Muitos indígenas possuem como principal fonte alimentar, os alimentos oriundos da agricultura familiar, caça, pesca, coleta. No entanto, os povos indígenas dessa região vêm sofrendo em decorrência de inúmeros fatores, como queimadas, grandes secas, cheias dos rios, mudanças climáticas, garimpo ilegal e outros condicionantes que contribuem de forma direta e indireta nas formas de aquisição e disponibilidade dos alimentos.

Alimentação para muito além da comida

Alimentar-se é uma prática diária que transcende aos aspectos biológicos, sendo este ato, rodeado de elementos de caráter emocional, cultural e simbólico. A alimentação está associada com a estrutura social, economia, mecanismos de produção e aquisição dos alimentos de cada local, incrementando o ladrilho alimentar e nutricional das populações (Maciel, 2004). As práticas alimentares das populações vêm sendo constituídas ao longo de gerações, fazem parte da sua identidade, estando de modo direto associada aos processos de ocupação de seus

territórios (Coimbra & Santos, 1991). A área das ciências sociais e humanas desenvolve o argumento de que a alimentação é essencial para as populações e que a obtenção de alimentos contribui para a organização e a sobrevivência de uma cultura (Zuin & Zuin, 2009).

Os alimentos fazem parte das necessidades fundamentais para a vivência de um povo, envolvendo os meios e processos na obtenção dos alimentos que contribuem para a constituição dos aspectos sociais, culturais dos povos (Leonardo, 2009).

Quando se aborda sobre alimentação relaciona-se esse tema aos nutrientes como lipídeos, proteínas e carboidratos; e aos micronutrientes, vitaminas, minerais, destacando a importância para a saúde, bem como o valor nutricional. No entanto, além desses aspectos, a alimentação corresponde às manifestações de culturas, práticas sociais, constituindo a identidade coletiva, que remete à histórias e ancestralidades. Desta forma, existe diferença importante entre o ato de alimentar-se e a nutrição, uma vez que a prática de se alimentar está envolvida por histórias, ritos, lembrança, regras, lembrança, costumes (Zuin & Zuin, 2009).

As populações sempre buscaram no meio ambiente meios para sobrevivência e manutenção da vida, através de práticas alimentares, consumo de aves, peixes, frutas, tubérculos, e outros alimentos que são essenciais para a manutenção e reparo de nutrientes e calorias indispensáveis para sua sobrevivência (Callegaro, 2013). Para conseguir alimentos, grupos de pessoas se locomoviam e se deslocavam entre regiões, para garantir alimentos, refúgio, proteção. A agricultura fez parte de mudanças em dinâmicas sociais de populações, em particular aos povos que passaram a fixar moradias em determinados espaços, apesar da existência de que alguns povos indígenas e etnias na Amazônia, são nômades, mas fazem agricultura.

As práticas alimentares influenciam diretamente nas condições de saúde dos indivíduos. A população brasileira bem vivenciando a transição nutricional, mudanças em padrões alimentares, diminuição do consumo de alimentos in natura, como frutas, hortaliças, legumes, grãos e outros, e o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, industrializados, alinhado a baixa atividade física, influenciam no aumento das doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão arterial. Alimentos ultraprocessados além do excesso de sódio, gorduras, açúcares, são pobres nutricionalmente, possuem agrotóxicos e inúmeros aditivos químicos contribuindo para surgimento de doenças (Marinho, 2007).

Os hábitos, padrões, compreensões, aprendizados, regras são constituídos no âmbito familiar e nos grupos, que são perpetuadas entre gerações, compondo

modos de vida e práticas alimentares de forma individual ou coletiva (Marinho, 2007). As crianças logo após o parto, quando não há restrições, tem o primeiro contato com os alimentos, seja através do leite materno, fórmulas artificiais. Sendo os pais e cuidadores responsáveis pelo preparo e oferta dos alimentos na fase da infância, no âmbito familiar, ou em escolas, creches e outros. Os adultos possuem grande responsabilidade ajudando a construir hábitos e padrões alimentares das crianças, os quais podem ser saudáveis ou não, a depender do que é ofertado durante essa fase (Marinho, 2007). Alimentos são ofertados por sistemas alimentares, no entanto além da disponibilidade e consumo dos alimentos, há a existência de aspectos culturais, sociais que se constroem e que estão conectados às práticas alimentares, participando da construção de cardápios, combinações, sabores. Para que os alimentos estejam disponíveis e sejam consumidos, muitos são os processos envolvidos, sendo agregado tempo, sentimentos, significados de outras concepções que compõem culturas alimentares (Oliveira, 2020).

Os alimentos, a comida, a prática de alimentar-se, bem como nos momentos em que são produzidos os alimentos, integram momentos de harmonia, familiaridade, experimentos de novos sabores, favorecendo a relação entre as pessoas. Conexões sociais, políticas, novas amizades, muitas vezes ocorrem nos momentos das refeições, seja em restaurantes, ou até mesmo em casas ou em festividades que ocorrem em aldeias indígenas (Oliveira, 2020).

Desta forma, a alimentação se encontra no ato de comer, seus significados e agregados culturais que vão da prática aos elementos simbólicos. As heranças alimentares possuem diversos elementos ligados a alimentação, como: tabus, simbolismos, ritos, regras, harmonias gastronômicas, afetos, sabores e sensações. A vivência desses momentos possibilita a socialização dos alimentos e a celebração dos encontros por meio de cerimônias, festejos e encontros. Portanto, a alimentação possui grande importância na vida dos indivíduos e de seus grupos, não apenas pela saciedade e paladar, mas pelos seus sentidos, essências e concepções (Oliveira, 2020).

Callegaro (2013) fala que o Brasil possui uma extensão florestal equiparada a 60,7% de toda extensão do país, e de acordo com o Serviço Florestal e Brasileiro (SFB), significa dizer que esse quantitativo corresponde a 516 milhões de hectares, e que concerne à territórios de reservas indígenas, do extrativismo, preservação da diversidade biológica, sustentabilidade. No entanto, o Brasil passa por significativas transformações, justificadas por inúmeros acontecimentos, queimadas que fortemente contribuíram com as mudanças climáticas, desmatamento. Na Amazônia, temos um grande avanço da monocultura promovida pelo agronegócio,

que gera conflitos e tensões com as terras dos povos indígenas e populações quilombolas e reservas extrativistas.

Na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru, está localizada a região do Alto Rio Solimões, no Amazonas, onde vivem 76.386 indígenas de 07 etnias sendo elas: Ticuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Witoto, Canamari, Maku-yuhup, cada uma com seus hábitos, crenças, costumes, cultura e idiomas, vivendo em 241 aldeias, as quais são assistidas por 59 equipes multiprofissionais de saúde do Distrito Sanitário Indígena Alto Rio Solimões.

Os povos indígenas dessa região ainda mantêm culturas alimentares ancestrais, atividades como pesca, caça, plantação, cultivo e coleta. Resistindo ao avanço dos alimentos ultraprocessados nas aldeias. As equipes multiprofissionais de saúde do DSEI Alto Rio Solimões, desde o ano de 2019, vem realizando de forma integrativa, oficinas de troca de saberes para o fortalecimento da alimentação tradicional indígena. As oficinas são realizadas nos Polos Base e Unidades Básicas de Saúde Indígena, participam das oficinas, profissionais de saúde indígenas e não indígenas, pajé, parteiras, professores, lideranças indígenas, e moradores das aldeias.

O objetivo das oficinas é contribuir para o fortalecimento das culturas alimentares, há momentos de narração de histórias, é abordado acerca da importância do consumo pelos indígenas de alimentos saudáveis provenientes de suas roças, da floresta, dos rios, em que muitas das vezes são produzidos e posteriormente comercializados nos municípios para a compra de alimentos ultraprocessados.

As oficinas de troca de saberes, contribuem também para que os profissionais de saúde possam conhecer os sistemas alimentares existentes, os conhecimentos ancestrais acerca das práticas alimentares dos povos indígenas. Em contrapartida os profissionais de saúde, apresentam e conversam com usuários indígenas e demais participantes, sobre malefícios ocasionados pelo consumo de alimentos ultraprocessados, e o aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica.

As oficinas estão tendo cada vez mais participação de moradores das aldeias, lideranças, crianças e outros. Constituindo um importante espaço de resistência para que os povos indígenas se fortaleçam e partilhem informações importantes para contribuir nas escolhas e padrões alimentares.

Durante as oficinas, nos locais onde possuem indígenas que falam a língua materna, como os indígenas da etnia Ticuna e Maku-yuhup, que na região de abrangência do DSEI Alto Rio Solimões as quais são etnias que ainda falam a língua

materna, é realizada a tradução do português para a língua materna. Ações de educação permanente em saúde, como essas oficinas de trocas de saberes, colaboram para a Segurança Alimentar nos territórios indígenas, que compõem o mosaico Brasileiro de regiões com maior percentual de famílias vivendo em insegurança alimentar.

Figura 2- Oficinas de Troca de Saberes para o Fortalecimento da Alimentação Indígena, Aldeia São Domingos II, Alto Rio Solimões.



Fonte: Tuesta, Denis, 2024.

Essa imagem é de uma residência na aldeia indígena Vendaval, aldeia de abrangência do Município de São Paulo de Olivença. Observa-se ao caminhar por aldeias do Alto Rio Solimões, muitas residências comercializando alimentos industrializados, ultraprocessados. Realidade essa que preocupa, uma vez que o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, não somente contribui para a elevação de doenças crônicas não transmissíveis, como também contribui para mudanças em padrões alimentares, modificação de sistemas alimentares, enfraquecimento de culturas alimentares e aumento da insegurança alimentar.

Figura 3 – Alimentos ultraprocessados nas aldeias do Alto Rio Solimões



Fonte: Os autores, 2023

Figura 4 – Alimentos provenientes da agricultura indígena, no Alto Rio Solimões



Fonte: Os autores, 2024

Por outro lado, muitas famílias indígenas na região do Alto Rio Solimões, resistem para manter culturas e práticas alimentares saudáveis, através do consumo de alimentos cultivados em roças, rios, lagos e florestas. Ainda se observa muito o consumo de peixes, farinhas, animais silvestres, banana, macaxeira e outros alimentos presentes nas aldeias. Além da venda de alimentos ultraprocessados, é muito frequente em diversas aldeias a venda de alimentos provenientes da roça, pesca, caça e coleta. Práticas que contribuem para a segurança alimentar dos povos indígenas dessa região. Uma vez que a região norte e norte são as regiões do Brasil que mais sofrem com a Insegurança Alimentar.

Hoje cerca de 125,2 milhões de pessoas que vivem no Brasil, em situação de insegurança alimentar (IA) sendo que mais de desses, superiores 33 milhões, vivem num cenário de insegurança alimentar grave, ou seja, não tendo comida em seu prato, de acordo com a pesquisa realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN, 2022). Josué de Castro (1984) chamou isso de fome coletiva, correspondendo ao elevado número de pessoas atingidas pela fome, na qualidade de acontecimentos sociais muito mais disseminados e universais.

Por uma decolonialidade alimentar

O Médico e geógrafo Brasileiro Josué de Castro, nascido em Pernambuco, foi protagonista e militante na luta do enfrentamento a fome. O problema da fome faz parte do cotidiano de milhões de pessoas, apesar das políticas de distribuição de renda como bolsa família ter impactado na qualidade de vida das pessoas. Josué de Castro denunciou ao longo de sua vida, as consequências da herança colonial, que criou uma profunda barreira para a Soberania Alimentar e o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAAS) (Nunes Pereira Bastos, 2022). O colonialismo concebeu efeitos severos com repercussões universais que perduram até os dias atuais, em virtude da colonialidade do poder, saber e do ser (Quijano, 2000).

Segundo o antropólogo Sidney Mintz (2001), houve mudanças da oferta de alimentos e das práticas alimentares dos povos originários na colonização e depois dela. Por outro lado, o mercantilismo econômico favoreceu a troca de temperos, sementes e leguminosas entre os continentes. A alimentação, sempre esteve presente de maneira crucial na trajetória do capitalismo, sendo conhecido como *sistema colonial* que explorou os recursos dos territórios das antigas colônias. Da canela ao açúcar, no decorrer desse período, o capitalismo teve como foco a euforia

dos sabores por meio de dispositivos que controlassem e conseguissem atender as premências do traslado de mercadorias. Foram criados tratados *gastro-econômicas* entre colônia e metrópole (Hiath, 2012).

A relação entre a cultura européia chamada também de “ocidental” e as outras segue sendo uma relação de dominação colonial. Não se trata somente de uma subordinação das outras culturas a respeito da cultura européia em uma relação exterior. Trata-se de uma colonização das outras culturas, mesmo que, sem dúvida, em diferente intensidade e profundidade segundo os casos. Consiste, inicialmente, em uma colonização do imaginário dos dominados. Isto é, atua na interioridade desse imaginário. Em alguma medida, é parte de si (Quijano, 1992, p. 438-39).

Foram realizadas inúmeras expedições durante a colonização do Brasil, que tinham um foco no cenário alimentar. Josué de Castro investigou a fundo a conexão entre os atributos do subdesenvolvimento e o sistema alimentar do Brasil, que gerou um desprezo às determinações sociais ou climáticas, colaborando para o olhar colonial acerca do direito à alimentação no chamado Sul Global (Nunes Pereira Bastos, 2022). Sob o ângulo das coletividades frente ao prisma decolonial, sustentam que o colonialismo possui efeitos persistentes e latentes até os dias de hoje, em razão da “colonialidade do poder, do saber e do ser”, os quais excedem o término do controle político e ideológico dos territórios que foram colonizados (Quijano, 2000; Mignolo, 2003).

Mignolo (2003) assegura que não há contemporaneidade sem colonialidade, e corrobora as concepções de Quijano (2000) que mesmo com o fim do período colonial, a colonialidade corresponde ao que permanece na política, na economia e no entendimento, na América Latina. Compreendendo desta forma, que o vocábulo colonialidade é o mais adequado para designar o comando sucessivo após a época da colonização, uma vez que a conexões entre a colonialidade e a vida social, econômica, cultural e política produziram a invisibilização dos saberes e a demonização das práticas dos povos originários (Schweickardt & Barreto, 2023).

A dominação e subjetivação dos mecanismos de poder e discriminação criaram relações de exploração e de subjugação dos corpos, das pessoas e dos povos. Assim, o projeto moderno colonial produziu a fome e a morte de povos inteiros (Benvegnú & García, 2020). Assim, o processo colonial das américas produziu uma categorização e hierarquização dos povos pela cor da pele e raça, colocando o europeu numa condição de superioridade (Dussel, 1994). Ao mesmo tempo, produziu classificação e hierarquização gastronômica, quando a Europa impôs padrões, paladares, e sabores em contraste com os padrões alimentares dos povos originários (Achinte, 2010).

A compreensão de colonialidade advém de um agrupamento de premissas de pesquisadores e pensadores latino-americanos. A princípio tais premissas são oriundas de desdobres de obras do sociólogo peruano Aníbal Quijano e do filósofo argentino Enrique Dussel. Os autores fazem uma análise social, histórica, econômica, política de como a ontologia preponderante na Europa ocidental surgiu e se estabeleceu como *modus operandi* de ordenamento social desde o surgimento das jornadas marítimas no século XV. Tal encadeamento promoveu o eurocentrismo (Dussel, 2005).

Existe no mundo uma vasta diversidade alimentar, uma ampla variedade de alimentos, em que cada alimento tem a capacidade de ser cultivado de diversas formas, bem seus modos de preparo e consumo. Porém, nos últimos anos assistimos o aumento da prevalência de um sistema de agricultura de reverência as amplas áreas de monocultivo e sobretudo o cultivo de uma diversidade cada vez mais diminuída de grãos os quais terminam constituindo a base da manufatura de indústrias agroalimentares. Tal molde é denominado de agronegócio, tendo base na inovação e padrões automatizados voltados para a agricultura e a inovação biotecnológica. O domínio do agronegócio não está unicamente nos meios de produção, como também abastecimento de alimentos (Benvegnú & García, 2020). Influenciando de forma direta e indireta nas práticas alimentares de forma individual e coletiva, como também nas culturas alimentares e na saúde. A teia do agronegócio (manufatura, produção no campo, alteração e mudanças pelas indústrias de alimentos), que possuem sólida defluência na perpetuação da colonialidade do poder e do saber, através do que Karina Herrera Miller (2016) apontou como colonialidade alimentar.

No entanto, em oposição existe as associações socioculturais de povos tradicionais, ribeirinhos, indígenas, quilombolas e outras coletividades, que seguem resistindo e mantêm a determinação das referências tradicionais, por meio do respeito às suas crenças, culturas, da conservação de seus costumes e preservação da diversidade biológica para a propagação delas.

Escobar (2007), Ferguson (1990) e Mosse (2005) têm mostrado que os espaços rurais detêm um dos últimos limites de relutância aos mecanismos de colonização. O sistema agrário e agrícola tem uma grande capacidade agressiva sobre a natureza, destruindo, desmatando em nome de uma lógica desenvolvimentista, que polui e desmobiliza sistemas tradicionais nos territórios, dentre eles, a alimentação. A Amazônia foi vista como uma grande fronteira de colonização e de expansão do agronegócio desde a década de 1970, região

denominada o “arco do fogo”, utilizando os sistemas hídricos para o transporte de soja e gado (Maciel *et al.*, 2022).

Surgiu nos últimos anos uma técnica na área da tecnologia dos componentes biológicos geneticamente modificados (OGM) ou usualmente denominado de transgênicos. Os transgênicos são desenvolvidos com objetivo de serem produzidos em qualquer cenário geográfico, climático, isto é, independente das singularidades de cada região, do clima, relevo, dos fatores sociais e culturais. Tal aspiração global encontra-se apoiada na aptidão e autenticidade da indústria de tecnologia e dos serviços. Além do mais, essa modalidade de cultivo implica na supressão da biodiversidade, culturas e atividades agrícolas, não somente isso, mas também influenciam negativamente na saúde das pessoas, por meio da contaminação dos alimentos, de água, e de regiões habitadas por agricultores e demais moradores (Benvegnú & García, 2020).

No campo da alimentação, estas são formas de sujeição eurocêntricas executadas por meio da experiência dos sabores, que estão presentes em diferentes concepções que passam pela uniformização e homogeneização dos modelos de produção dos alimentos. Os paladares e aromas, os subsídios e políticas dispõem e direcionam a manufatura agrícola em nome do capitalismo (Benvegnú & García, 2020).

É a América Latina, a região das veias abertas. Desde o descobrimento até nossos dias, tudo se transformou em capital europeu ou, mais tarde, norte-americano, e como tal tem-se acumulado e se acumula até hoje nos distantes centros de poder. Tudo: a terra, seus frutos e suas profundezas ricas em minerais, os homens e sua capacidade de trabalho e de consumo, os recursos naturais e os recursos humanos. O modo de produção e a estrutura de classes de cada lugar têm sido sucessivamente determinados, de fora, por sua incorporação à engrenagem universal do capitalismo (Galeano, 1992, p.7).

A decolonialidade permite pensar nas possibilidades de promover a diversidade e a pluralidade de formas de viver a vida, seja na alimentação, na estética e as epistemes, reconhecendo os vários universais e modos de nos sentar à mesa e promover o bem viver.

Considerações Finais

Entender o que concerne a Soberania Alimentar vai além do universo acadêmico, pois interessa que o Estado proponha políticas públicas de caráter universal e equitativo. É necessário ir além, uma vez que a territorialização e a decolonização da alimentação requer uma luta do dia a dia, na rotina da vida das pessoas, das comunidades, das aldeias e povoações. A fome é concreta e tem pressa, portanto, decolonizar é fazer uma reflexão no âmbito acadêmico, mas

também construir alternativas e modos de fomentar as existências dos povos nos territórios.

Nos últimos anos, a soberania efetuada sobre o alimento e a terra de um mesmo espaço, é multifacetada, convergindo com a monocultura dos alimentos expressada pelo moderno/colonial e pelo sistema-mundo. Justamente por isso é necessário reconhecer e assegurar a soberania alimentar num combate territorial e decolonial (Botelho, 2021). A colonialidade da modernidade gerou e tem gerado práticas alimentares que abalaram regras, histórias, culturas em todo o planeta, mas que efetivamente, tem afetado as populações indígenas na Amazônia.

De-colonializar os alimentos, o cozinhar e o comer é um processo de resistência das práticas culturais existentes no âmbito da alimentação e das práticas sociais, fortalecendo os espaços locais e culturalmente diferenciados. Muniz Sodré (2023) faz uma provocação no sentido de olharmos não para os “pontos de vista”, mas para os “pontos de vida” ou os “pontos de existências” para ampliarmos as nossas visões sobre o outro, rompendo com os racismos e preconceitos que perduram na estrutura da sociedade. Desse modo, nos cabe promover uma Amazônia para a possibilidade das existências e vidas em todas as suas potências, considerando as ancestralidades que nos ajudam a “adiar o fim do mundo”, parafraseando o pensador indígena Ailton Krenack.

Referências

- Achinte, A. (2010). Comida y colonialidad. Tensiones entre el proyecto hegemónico y las memórias del paladar. *Calle14*, 4, 10–23.
- Benvegnú, V. C. & García, D. M. (2020). Colonialidade alimentar? Alguns apontamentos para reflexão. *Mundo Amazónico*, v. 11, n. 1, p. 39-56.
- Botelho, T. R. (2021). A soberania alimentar como luta decolonial e territorial. *Revista Culturas Jurídicas*, v. 8, n. 20, p. 813-840.
- Castro, A. M. de. (1984). *Fome: tema proibido*. Rio de Janeiro, Vozes.
- Coimbra, J.R., & Santos, R. V. (1991). Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança socioeconômica: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 538-562.
- Callegaro, I. C. (2013). *As culturas alimentares tradicionais e seu papel na manutenção da biodiversidade, da segurança alimentar e do patrimônio cultural e genético no território de identidade de Itapetinga-BA*, Brasil.
- Dussel, E. (2005). Europa, modernidade e eurocentrismo. En E. Lander. (Org.), *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: Clacso.

- Dussel, E. (1994). 1492: el encubrimiento del otro : hacia el origen del mito de la modernidade. La Paz. UMSA. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Plural Editores.
- Escobar, A. (2007). *La invención del Tercer Mundo: construcción y desconstrucción del desarrollo*. Caracas: Editorial el perro y la rana.
- Ferguson, J. (1990). *The anti-politics machine: "development", depoliticization, and bureaucratic power in Lesotho*. New York: Cambridge University Press.
- Galeano, E. (1990). *As veias abertas da América Latina*. Paz e Terra. Rio de Janeiro.
- Herrera Miller, K. (2016). De/colonialidad alimentaria. Transformaciones simbólicas en el consumo de la quinua en Bolivia. *Razón y Palabra*, 20, 33–50.
- Hiath, M. (2012). A colonialidade do que se come: sobre produção de carne e crise ambiental. *Ensaio de Geografia*, v. 1, n. 2, p. 59-72.
- Leonardo, M. (2009). Antropologia da alimentação. *Revista Antropos*, v. 3, n. 2, p. 1-6.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y Modernidad-razionalidad. In: Bonillo, H. (comp.). *Los conquistados*. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; CLACSO, pp. 437-449.
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder y casificación social*. Journal of world-systems research, v. 11, n. 2, pp. 342-386.
- Mignolo, W. (2003). *Histórias locais/disenos globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Maciel, M. E. (2004). Uma cozinha à brasileira. *Estudos históricos*. Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-16.
- Maciel, F. B., Schweickardt, J. C., Maciel, J. B., & Schweickardt, K. H. S. C. (2022). Saúde e Desenvolvimento na Amazônia que 'queremos'. *Ambiente & Sociedade*. v. 25, p. 1-25.
- Marinho, M. C. S., Hamann, E. M., & Lima, A. C. da C. F. (2007). Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, p. 251-261.
- Maranhão, R. F. A., Bastos, S. R., & Marchi, M. M. (2015). Cultura e sociedade no sistema culinário da mandioca no Brasil. *Ciências Sociais e Humanas*, v. 28, n. 2, p. 54-68, maio-ago.
- Miller, K. M. H. (2016). *De/colonialidad alimentaria: Transformaciones simbólicas en el consumo de la quinua en Bolivia*. *Razón y Palabra*, Universidad de los Hemisferios, Quito, v. 20, n. 94, pp. 33-50, set/dez. Disponível em: <https://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/687>. Acesso em: 11 mai. 2023.
- Mintz, S. (2001). *Comida e antropologia: uma breve revisão*. RBC, Vol.16, nº 47, outubro.
- Mosse, D. (2005). *Cultivating development: an ethnography of aid policy and practice*. London: Pluto.

- Nunes Pereira Bastos, M. (2022). Colonialismo e Raça em Josué de Castro: uma análise da Geografia da Fome desde o olhar decolonial. *Continentes* [S.l.], v. 1, n. 20, p. 126-147, out. 2022. ISSN 2317-8825. Disponível em: <<https://www.revistacontinentes.com.br/index.php/continentes/article/view/398>>. Acesso em: 06 jul. 2024. doi: <https://doi.org/10.51308/continentes.v1i20.398>.
- Oliveira, de S. L. (2020). Um patrimônio alimentar valorizado turisticamente: a mandioca nos roteiros da Operadora de Turismo Estação Gabiraba. *Revista Confluências Culturais*, v. 9, n. 2, p. 37-50.
- PENSSAN. (2022). Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional – REDE II *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. II VIGISAN: Relatório final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert.
- Schweickardt, J.C., & Barreto, J. P. L. (2023). *Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/trancar-destrancar-e-tecer-na-danca-e-no-canto-praticas-da-medicina-indigena-na-amazonia/>
- Sodré, M. (2023). *O Fascismo da Cor: uma radiografia do racismo nacional*. Petrópolis: Vozes.
- Zuin, L. F. S., & Zuin, P. B. (2009). Alimentação é cultura: aspectos históricos e culturais que envolvem a alimentação e o ato de se alimentar:[revisão]. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr*, p. 225-241.



Descolonización alimentaria: una perspectiva de Centroamérica

Xochilt Urrutia Marín
Julio Cesar Schweickardt

Introducción

El presente ensayo aborda la alimentación más allá del acto de la ingesta, como un acto sociocultural que desde la antigüedad ha implicado relaciones políticas y sociales. El objetivo de este ensayo es realizar una reflexión sobre como nuestra cultura alimentaria ha presentado cambios con la colonialidad e la industrialización de los alimentos, algunos incluso genéticamente modificados, conllevando disturbios culturales y biológicos al ser humano. Aunque descolonización puede hacer referencia a la búsqueda de modelos dietéticos propios al lugar de adoptar los ajenos.

Desde el punto de vista de la colonialidad, se produjo una importante suplantación gastronómica con la importación de productos de los países europeos e imperiales, cambiando las prácticas y sabores de las comidas; así como los modos de comer en las relaciones sociales en torno del comer. Así, la colonización como un proceso de la modernidad que incidió sobre los aspectos religiosos y políticos que también afectó aspectos de la gastronomía (Quijano, 2000).

La alimentación es una actividad cotidiana indispensable para el ser humano, que incluye además aspectos culturales y ancestrales, los alimentos que ingerimos, cómo los preparamos, nuestra gastronomía se remonta a nuestros antepasados. Aunque que los alimentos contienen nutrientes que favorecen nuestra salud, nos hace feliz el hecho de ingerirlos, porque están en nuestras raíces, crecimos viendo a nuestras abuelitas cocinar con amor y dedicación cada receta en la cuales no usaban alimentos transgénicos e importados. De esta manera, la alimentación tiene un significado simbólico en nuestras vidas, pues alimentarnos tiene un significado más allá del verbo comer, por eso una de las primeras relaciones que desarrolla el ser humano es su relación con el alimento.

Para lograr la descolonización es necesario en primer lugar eliminar las prácticas alimentarias viciosas, ya que hemos perdido la sabiduría de la alimentación por el consumo frívolo de productos tóxicos. Así, decolonizar hace referencia a recuperar y devolver las prácticas, conocimientos y tradiciones culinarias de

comunidades que han sido históricamente colonizadas. Este proceso de carácter complejo incluye cuestionar y despojar de las estructuras coloniales que han influido en los sistemas alimentarios.

La alimentación humana es un patrimonio histórico, cultural e inmaterial pues nos trae conocimientos y hábitos tradicionales, que son consolidados en el proceso histórico. La cultura alimentaria de un pueblo significa la presencia de las creencias, conocimientos y prácticas que hacen parte de la herencia de una cultura y sociedad (Has, Gehrke & Faustino, 2021).

La cultura alimentaria y decolonización de los alimentos

Las referencias sobre alimentación son muy extensas en la historia y tanto las prácticas como hábitos alimentarios de los diversos grupos humanos se han registrado desde los primeros trabajos de campo realizados por los antropólogos. Sin embargo, es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se empieza a publicar una gran cantidad de etnografías y estudios donde el tema de la alimentación cobra cada vez mayor relevancia. Las observaciones sobre la historia de la alimentación se han realizado en grupos de cazadores recolectores, pastores, pescadores y agricultores, de las etnias del mundo, en relación con sus ecosistemas y modos de producción. Mientras que los estudios, propiamente nutricionales, realizados por antropólogos e historiadores empiezan a publicarse en los últimos 50 años, que es cuando realmente surgen observaciones más sistemáticas (Saucedo Arteaga, 2011).

A lo largo de la historia, el papel de la alimentación ha ido cambiando, al principio el ser humano buscaba alimentos tan solo para satisfacer las necesidades biológicas, pero ha habido profundas transformaciones en el acto de la alimentación. Aspectos como la religión, el estatus social, el placer y la interacción social han sido elementos clave en el desarrollo de la cultura alimentaria. Lo que se come, cómo se come, dónde se come y lo que se siente cuando uno come son elementos integrantes de la identidad cultural alimentaria (Saucedo Arteaga, 2011).

El ser humano muestra actitudes hacia el alimento que han sido aprendidas de otras personas dentro de sus grupos sociales, ya sea en la familia, grupo étnico, la comunidad local o en la nación. De hecho, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Tales comportamientos forman la base de **la cultura alimentaria**, que son heredadas y/o aprendidas en determinada sociedad (Contreras Hernandez & Gracia Armaiz, 2014).

Cuando pensamos en nutrición, relacionamos ésta con el acto de ingerir alimentos y no tomamos en cuenta el componente socio cultural que ésta

representa, desde el cultivo de las tierras hasta cocinar con leña e ingerir el alimento en familia o manadas a como lo hacían nuestros antepasados.

En este sentido, la colonialidad en todas sus formas (del poder, del saber y del ser) está presente como dispositivo tanto de enunciación como de clasificación alimentaria. Si nuestra historia está signada por una taxonomía de lo social, que en el proceso de conquista/colonia jerarquizó a los grupos humanos por el color de la piel, también es posible develar que se dio una suerte de suplantación gastro-nómica, en cuanto la importación de productos desde Europa intentó a toda costa reproducir gustos, prácticas y sabores, en detrimento de las comidas y los productos del Nuevo Mundo. Sin embargo, Europa también se vio afectada por los productos de América que incidieron en la gastronomía de esa parte del mundo (Albán, 2010, p. 15).

La conducta alimentaria resulta predecible dependiendo de sus patrones culturales y esta regularidad es la consecuencia de la existencia de un orden normativo en el proceso de socialización, un conjunto de guías institucionalizadas acerca de las conductas más o menos apropiadas dentro de contextos sociales particulares (Contreras y Gracia, 2005).

Con el ejercicio del colonizador nuestro paladar sufrió una serie de cambios, se le obligó a nuestras papilas gustativas a experimentar sabores con un componente hegemónico por el desprecio de los sabores, aromas y preparaciones de los pueblos indígenas. Así, fue siendo ignorada el contexto sociocultural la utilización e ingesta de determinados alimentos; se nos impuso a reemplazar nuestra gastronomía, por códigos gastronómicos importados. A medida que se introducían nuevos alimentos se fueron cambiando los gustos, recetas y preparaciones, así como los utensilios de barro y madera fueron reemplazados por otros más refinados de loza.

Las tensiones entre preparar y comer según los patrones socioculturales y étnicos, como el gusto y las costumbres alimentarias, están regidas por la cultura culinaria a la que pertenecemos. Sin darnos cuenta, el hecho de cocinar y comer representa un gran componente simbólico de una población. La alimentación para allá de ser una función biológica vital es una función social esencial (Fischler, 2010).

¿Ahora bien, también nos podemos preguntar qué sentido tiene la decolonización en la alimentación? Refiriéndonos a soberanía y de seguridad alimentaria hacia una educación descolonizadora en la alimentación. Debemos conducir nuestras políticas y prácticas de vida para la recuperación de la ciencia culinaria ancestral, comprendiendo que lo que ingerimos no es solo alimento o mercancía de valor sino medicina. El pueblo Guajajara, en Brasil, considera que la alimentación es parte de la medicina indígena, que garante la vida y la salud de las personas. Así, el rescate de la cultura alimentaria es una estrategia de resistencia y de protección de la cultura (Schweickardt & Barreto, 2023).

La forma en la que comemos está fuertemente relacionada con nuestra ancestralidad, somos lo que comemos no es un cliché, es una realidad, hemos cambiado nuestra cultura culinaria y esto ha traído consigo también una serie de enfermedades metabólicas antes desconocidas e incluso inexistentes. Nuestra esperanza de vida y calidad de vida se ha deteriorado con la introducción de provisiones calóricamente inadecuados.

En algunos países como Bolivia se desarrolló la *ley de soberanía alimentaria para vivir bien*, donde la constitución del Estado asume y promueve como principio ético la soberanía alimentaria que se encuentra en el corazón de vivir bien. El alimento es parte central de la vida con énfasis en las personas más pobres y en situación de vulnerabilidad que producen y consumen en alimento. (Propuesta de ley: soberanía alimentaria para el vivir bien, Bolivia, 2014).

Las formas de alimentarse en los seres humanos, sus preferencias, así como rechazos a ciertos alimentos están fuertemente condicionados por la cultura, el aprendizaje y conductas vividas especialmente en los primeros 4 años de vida. Los niños habitualmente incorporan los hábitos y costumbres alimentarias de los padres, siendo en este aspecto la madre quien presenta mayormente un rol fundamental en la transmisión de dichas costumbres (Saucedo Arteaga, 2011). Es por esto que el comportamiento nutricional del ser humano debe ser estudiado no solo desde el punto de vista fisiológico sino también desde el punto de vista sociocultural ya que como ser social tenemos costumbres, tradiciones y practicas alimentarias que varían ampliamente de una población a otra y que han sido la mayoría colonizadas.

La malnutrición es la condición física caracterizada por un desorden nutricional el cual es producido por una alimentación ineficiente o inadecuada que no aporta los nutrientes necesarios para una vida activa y saludable. Este desorden puede clasificarse como: malnutrición por sobrealimentación (obesidad), por escases (desnutrición) y malnutrición secundaria, causada por enfermedades que impiden la correcta absorción de los nutrientes en la alimentación (Lázaro, 2015).

Principales aspectos de la decolonización alimentaria

Al centrarse en las tradiciones alimentarias se fortalece la identidad de cada cultura de las comunidades, promoviendo un sentido de pertenencia. Recuperar la memoria alimentaria de las personas mayores y transmitir el conocimiento a nuevas generaciones es todo un reto. Inicialmente se necesita indagar sobre el consumo, prácticas y hábitos alimentarios.

La revalorización de las prácticas agrícolas y culinarias tradicionales es un modo de promover la recuperación de la ancestralidad alimentaria, las cuales han

sido desplazadas por sistemas alimentarios ajenos a nuestra ascendencia (Russian & Yépez, 2021). Las causas de las pérdidas de los saberes ancestrales varían dependiendo del lugar, se relacionan con los rápidos cambios ambientales, socioeconómicos y culturales que actualmente acontecen en las diferentes culturas y sociedades debido a la globalización, y que de alguna manera implican un alejamiento de la naturaleza (Carranza *et al.*, 2021).

La transmisión de los conocimientos para los agricultores en la América Latina tiene sido unidireccional, esto es, los científicos y técnicos tienen una perspectiva tecnológica-académico en detrimento de los conocimientos ancestrales. Los paradigmas de la agroecología y de la soberanía alimentaria empezaron a reclamar modelos de producción más sostenibles y la promoción del poder del campesino sobre su producción (Magaña & Villagómez, 2018).

Alimentos como el café, la papa, el maíz entre otros son originarios de la América prehistórica y han sido un legado la humanidad. La comida era incluso vista como un ritual sagrado tanto en el día a día como en actividades comunitarias, de alguna manera intervenía toda la familia y estaba más cerca de ser un ritual que una actividad doméstica (Marín, 2018).

Los métodos de producción y consumo hoy no son sostenibles y respetuosos con el medio ambiente, pues degradan la tierra y la biodiversidad. Nuestro planeta se enfrenta a un reto sin precedentes y se estima que para 2050, la población crecerá hasta los nueve billones de habitantes, que deberán nutrirse en un planeta con recursos limitados (Roig, 2020). Así, es necesario la búsqueda de la autonomía alimentaria que promueve el derecho a que cada persona o comunidad pueda controlar sus propios procesos alimentarios manteniendo las tradiciones y costumbres en armonía con la sociedad y la naturaleza (Barragán & ardilla, 2022).

En relación con la autonomía alimentaria, las comunidades campesinas han evidenciado desde hace décadas la pérdida y transformación de las semillas criollas y sus formas tradicionales en los cultivos, esto por la importación de semillas genéticamente modificadas, cuyo cambio ha conducido a la desaparición de muchas especies o una alteración en la manera de producción de las tierras. Estos cambios hacen que varíe la forma de la semilla, su sabor, color, tamaño (Bernal & Amaya, 2023).

La comida es un componente fundamental de la identidad cultural en Centroamérica donde la decolonización alimentaria adquiere un matiz particular, dado el contexto histórico, cultural y social de la región. Muchas comunidades indígenas han mantenido prácticas agrícolas tradicionales, como la milpa (sistema de cultivo que incluye maíz, frijoles y calabaza), que son fundamentales para su

identidad alimentaria. El maíz, por ejemplo, para nuestros antepasados era la principal fuente alimentaria y se le daba múltiples usos, la recuperación de estas prácticas ayuda a revitalizar sus culturas (Leiva & Díaz, 2013).

Iniciativas educativas en torno a la alimentación, la agricultura sostenible y la historia colonial ayudan a empoderar a las comunidades. Esto permite una mayor comprensión de su historia y un control sobre sus prácticas alimentarias. Existen varios movimientos en Centroamérica que promueven la decolonización alimentaria, incluyendo cooperativas agrícolas, mercados locales y proyectos comunitarios que buscan fortalecer la autonomía alimentaria y la soberanía.

La decolonización alimentaria en Centroamérica es un proceso que busca restablecer la conexión de las comunidades con sus tradiciones culinarias, al mismo tiempo que enfrenta desafíos contemporáneos como la pobreza, el cambio climático, la desigualdad y una interminable lista de baches.

Decolonización alimentaria y desnutrición

La malnutrición es un problema que afecta a la población infantil de distintas maneras, por un lado, la desnutrición acarrea situaciones para el resto de la vida como un sistema inmunológico deficiente y talla baja, por otro lado, el sobrepeso y la obesidad favorecen el desarrollo de enfermedades como hipertensión, diabetes y otras enfermedades metabólicas que afectan la calidad y esperanza de vida (UNICEF 2015).

Datos de la OMS constatan que, en 2022, 149 millones de niños menores de 5 años tenían retraso del crecimiento (eran demasiado pequeños para su edad), 45 millones tenían emaciación (eran demasiado delgados para su estatura) y 37 millones tenían sobrepeso u obesidad a nivel mundial y que alrededor de la mitad de las defunciones de niños menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. Estas muertes se registran sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Las repercusiones en el desarrollo y las consecuencias de índole económica, social y médica de la carga mundial de la malnutrición son graves y duraderas tanto para quienes la padecen como para sus familias, sus comunidades y sus países (OMS, 2024).

A pesar del impresionante aumento de sobrepeso y la obesidad, la malnutrición infantil y la falta de peso siguen siendo las principales cargas para el sistema sanitario relacionadas con la nutrición en el mundo, con 161 millones de niños menores de cinco años que sufren desnutrición crónica. En lo económico, el coste de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes se estima entre el 2 y el 3 por ciento del PIB mundial debido a su impacto en el desarrollo humano. La

desnutrición es también una de las principales vías por las que la pobreza se perpetúa de generación en generación (FAO, 2014).

La exposición durante el curso de vida a la desnutrición temprana seguida luego de sobrepeso aumenta el riesgo de enfermedades no transmisibles. Por lo tanto, los costos de salud por obesidad en la edad adulta se exacerban entre las personas que han padecido de desnutrición previamente. Algunos estudios han observado que en un mismo hogar puede haber madres con sobrepeso u obesidad y niñas y niños con algún grado de desnutrición (MINSA, 2021).

Es de suma importancia el rescate de la ancestralidad alimentaria y las practicas maternas que permitan un entorno saludable en los infantes y que a largo plazo van a prevenir la desnutrición y otros tipos de enfermedades crónicas que hoy en día afectan la calidad de vida causando cuantiosos gastos en salud y numerosas muertes a nivel mundial.

Decolonización alimentaria y obesidad

La diversidad de las culturas alimentarias locales hoy en día ha sido reemplazada fuertemente por la industria *fast food*, pero cruelmente la extensión global de los mensajes de alerta sobre la obesidad y el sobrepeso se tienden a focalizar que el problema está en las elecciones de padres y madres, a veces de la "comunidad", invisibilizando a la vez ciertos determinantes económico-políticos realmente cruciales (Navas *et al.*, 2014). Los datos constatan que la prevalencia de la obesidad está llegando a cifras alarmantes en la población infantil y su tendencia preocupante durante las dos últimas décadas han hecho que se asocie la obesidad como una "obesidad epidémica", situación que ha llegado a conocerse como el fenómeno de la Globosidad (Tarbal, 2010).

Las tendencias de obesidad a nivel mundial sugieren que esta epidemia seguirá en aumento (Ruiz-Cota *et al.*, 2019). Por tanto, las estrategias centradas en la prevención son vitales ya que, si no actuamos oportunamente, esta epidemia de obesidad infantil podría afectar negativamente muchos de los beneficios de salud que han contribuido al aumento de la longevidad en el mundo (Del Águila Villar, 2017).

Conclusiones

La forma en la que comemos está fuertemente relacionada a nuestra ancestralidad, cómo obtenemos, preparamos, y consumimos los alimentos dice mucho de nuestra cultura al alimentarse. La decolonización del pensamiento es un camino para encontrarnos la mística del alimento como un acto comunitario y un

compromiso con el colectivo y la cultura.

La producción de conocimientos de los pueblos fue silenciada, en especial la gastronomía, siendo un marcador de la diferencia cultural, donde se ha ejercido una colonialidad de los sabores y los paladares. En el proceso de la colonización, los subalternados desarrollaron prácticas y estrategias culinarias que produjeron modos de resistir, cuando reelaboraron la existencia por medio del proceso de preparación de alimentos (Albán, 2010).

En Centroamérica la decolonización alimentaria tiene una relación directa con la seguridad alimentaria, con la justicia social, el racismo ambiental y el cambio de relaciones extractivistas de la naturaleza. Así, podremos promover una sociedad con relaciones más justas y simétricas de poder y del ser.

Referencias

- Albán, A. (2010). Comida y colonialidad tensiones entre el proyecto hegemónico moderno y las memorias del paladar. *Revista Calle 14*, vol:4 nro:5 pág:10-23.
- Barragán, L., & Ardilla, C. (2022). Posibilidades y dificultades de una autonomía alimentaria en Colombia. Aproximación desde el caso de la comunidad nasa y los campesinos de la altillanura. *Diálogo Andino* número 69. Bogotá, Colombia.
- Bernal, L., & Amaya, G. (2023). Autonomía, soberanía y seguridad alimentaria de los pueblos: la custodia de semillas de las casas comunitarias de la Red de Mercados Agroecológicos Campesinos del Valle del Cauca. *Rev. Guillermo Ockham* vol.21 no.2 Cali, Colombia.
- Carranza *et al.* (2021). Saberes ancestrales: una revisión para fomentar el rescate y revalorización en las comunidades indígenas del Ecuador. *Journal of Science and Research*. Ecuador.
- Contreras Hernandez, J., & Gracia Armaiz, M. (2014). Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. *Investigaciones Sociales*, 11(19), 387–392.
- Del Águila Villar, C. (2017). Obesity in children: Risk factors and strategies for its prevention in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(1), 113–118. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2773>
- FAO (2014). Por qué la nutrición es importante. Segunda conferencia internacional sobre nutrición. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/039cd590-31b6-4e0e-9370-c23b0fd7ece0/content>
- Fischler, C. (2010). Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. *Gazeta de Antropología*, 2010, 26 (1), artículo 09.
- Has, M., Gehrke, M. & Faustino, R. C. (2021). Alimentação como um patrimônio: definição, pesquisa e métodos de abordagem na educação escolar indígena.

RELACult –Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade. V. 07, nº 01, jan.-abr. Disponible en: <https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/2140/1429>.

- Lazaro N. (2015). Malnutrición infantil, un problema en crecimiento. Trabajo Final de Master en intervención social. Universidad Internacional de la Rioja. España. https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3109/Nerea_Nuevo_Lazaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Leiva, O., & Díaz, R. (2013). Tras las huellas alimentarias de nuestros ancestros "Sembrando el pasado y cultivando el presente en armonía con la Madre Tierra". *Rev. Educare* vol.17 numero 2. Heredia, Costa Rica.
- Marín, G. (2018). *Descolonización alimentaria*. La batalla florida de nuestros días. Oaxaca, México.
- Magaña, C., & Villagómez, Y. (2018). *Hacia una reflexión decolonial de la alimentación en el occidente de México*. México.
- MINSA. (2021). *Guía de abordaje de las niñas y niños con malnutrición*. Nicaragua.
- Navas, J., et al. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (06).
- OMS (2024). Malnutrición. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Pérez D. (2013). *Agroecología y ecofeminismo para descolonizar y despatriarcalizar la alimentación globalizada*.
- Propuesta de ley: soberanía alimentaria para el vivir bien, Bolivia. 2014. http://parlamentarioscontraelhambre.org/file/frentes/bol/bo_07.pdf
- Quijano, A. (2000a). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Edgardo Lander (ed.), *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. pp.201-245. Caracas: CLACSO.
- Roig, D. (2020). Hacia una alimentación sostenible: un esfuerzo multidisciplinario. *Nutrición Hospitalaria*, vol.37. Madrid, España.
- Ruiz-Cota, et al. (2019). *Historia, tendencias y causas de la obesidad en México* *Historia, tendencias y causas de la obesidad en México*.
- Russian, T., & Yépez, J. (2021). La ciencia decolonial para impulsar la soberanía alimentaria: caso Venezuela. *De Raíz Diversa*, vol. 8, núm. 16.
- Saucedo Arteaga, G. (2011). La complejidad de la Antropología física. Instituto Nacional de Antropología e Historia Escuela Nacional de Antropología e Historia. Ciudad de México.
- Schweickardt, J. C., & Barreto, J. P. *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023, 197 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 25).
- Tarbal, A. (2010). *La Obesidad Infantil: una epidemia mundial*.

UNICEF. (2015). Salud y nutrición. La buena nutrición es la base del crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes ya que previene enfermedades y favorece un mejor estado de salud. <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>



A necessidade de estudos interseccionais sobre uso de drogas e cuidado em saúde na Atenção Primária

Camila Aleixo de Campos Avarca
Cristian Fabiano Guimarães
Rosemarie Andreazza
Maria Cristina Gonçalves Vicentin

A discussão sobre interseccionalidades no campo das drogas

Abordar o tema do álcool e das drogas a partir de uma perspectiva interseccional significa considerar as diferentes formas em que essas questões se entrelaçam com marcadores sociais importantes, como gênero, raça, classe social, orientação sexual, entre outras. Isso envolve reconhecer que as experiências e impactos do uso de álcool e drogas não são uniformes para todas as pessoas. Nesse sentido, quando pensarmos práticas de cuidado em saúde, é preciso compreender essas singularidades em relação intrínseca com o território vivo em que as pessoas vivem, relacionam-se, trabalham e constituem diferentes vínculos. Dito isso, é importante questionarmos as matrizes histórico-políticas que produzem essas diferenças em relação consumo de drogas. E, ainda, qual o interesse político em acirrar políticas proibicionistas no Brasil e no mundo?

Carl Hart (2014; 2015), neurocientista negro, professor na Universidade de Columbia, nos lembra que o combate às drogas, sobretudo com foco no uso do crack nos Estados Unidos da década de 1980, se manteve alimentado por narrativas racistas, com o uso do crack associado aos negros e/ou pobres e patologizantes, pela errática noção de que o crack causa mais “dependência” que outras drogas. Problemas em relação ao uso de drogas passaram a ser descritos como prevalentes em bairros empobrecidos, tentando fazer crer que se tratava de um problema moral: pobres não tem bons costumes e não seguem princípios e valores adequados a uma sociedade virtuosa. Associou-se o uso de drogas ilícitas, como o crack, à periculosidade, fomentada pela crença de que a extinção do uso de drogas acabaria com a criminalidade, ainda que se mantivesse a pobreza. Tal discurso que circulou em todo o mundo ocidental, redundou no encarceramento em massa da população negra: [nos Estados Unidos, na década de 1980] “85% dos condenados por delitos relacionados ao crack eram negros, embora a maioria dos usuários da droga fossem e são brancos” (Hart, 2015, p. 02).

No Brasil, as estratégias de encarceramento das pessoas negras relacionadas à tipificação de tráfico de drogas seguem intensamente. Em 2016, 55% da população carcerária era de jovens de 18 até 29 anos. Da população total encarcerada, 64% se declaravam como negra. Em relação às informações sobre os homicídios no Brasil, quase 56% do total das pessoas assassinadas tinha até 29 anos, sendo que 71% eram negras (Oliveira & Ribeiro, 2018). É factível dizer que as políticas de drogas, nesse cenário, tem sido uma estratégia de poder em que se articulam lógica mercantil – fonte de grandes lucros – e por isso mantê-la na ilegalidade garante maior rentabilidade; política de extermínio e encarceramento por meio de narrativas e práticas racistas.

Nathália Oliveira e Eduardo Ribeiro (2018, p. 39) nos alertam que “não é a guerra às drogas que inventa o racismo no Brasil, no entanto, sua ideologia organiza ações estatais de grande impacto com um amplo consentimento social que permite que as vidas negras sigam valendo tão pouco” e ainda afirmam que tal descompromisso social e político é “resultado de séculos de racismo que produziu a naturalização das diversas situações de violência sofridas sobretudo pelas pessoas negras”. Uma segunda dimensão que também nos interessa é olhar para os efeitos de sequestro na produção das subjetividades das pessoas que fazem uso de drogas, a partir de dispositivos necropolíticos que, de acordo com o filósofo camaronês, Achille Mbembe (2018), tem o objetivo de provocar a destruição máxima de pessoas, a partir de bases normativas para que o Estado tenha o direito de matar.

Na intersecção entre raça e gênero, a discussão complexifica ainda mais. De acordo com o sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, o INFOPEN (2018), havia, em 2016, quase 43 mil mulheres cisgênero privadas de liberdade, em um sistema carcerário que comporta até 27 mil mulheres¹. Em relação à intersecção entre raça e classe, temos que 68% são negras e pobres, ou seja: 63% delas não recebiam remuneração ou viviam com menos de $\frac{3}{4}$ do salário-mínimo mensal quando foram encarceradas. Somente 3% dessas mulheres acessaram o benefício social de auxílio-reclusão, no momento da pesquisa, muito provavelmente pelo critério de ausência de contribuição mínima ao FGTS. Quando discutimos o tema encarceramento de mulheres transgêneros, a desgarantia de direitos é ainda maior. De acordo com Departamento Penitenciário Nacional (Depen), em 2020 havia 10.457 pessoas presas que se autodeclararam LGBTQIA+, sendo que 248 são mulheres trans. Para Algarte e Barbosa (2021) há controvérsias

¹ Essa informação revela que muitas delas se encontram em cadeias mistas – espaço masculino adaptado para receber mulheres –, mais expostas às violências de gênero e outras violências criadas pela ausência de garantia de direitos.

importantes em relação a esses dados, já que ele só é possível de ser contabilizado em unidades prisionais em que existe espaço reservado para essa população.

Juliana Borges (2018), feminista negra brasileira, nos explica que o aumento do encarceramento faz parte de uma estratégia punitiva de criminalização da mulher negra, cuja origem perpassa pelo histórico nefasto das inúmeras violências sexuais às quais as mulheres escravizadas eram submetidas como medida de punição, criando, portanto, uma conexão perversa entre criminalidade e sexualidade.

Para Borges (2018), citando Angela Davis, a diferença entre os gêneros em relação à punição se dá justamente pela noção de cidadania que, por muitas décadas, só foi conferida aos homens. A punição masculina se dava na esfera pública e esperava-se que estes fossem reintegrados socialmente após o cumprimento da pena. Às mulheres, por não estarem dentro do contrato social, restava a punição no campo do controle dos corpos e da moral feminina e, para isso, cria-se uma série de narrativas patologizantes, desequilíbrio emocional e instabilidade moral, como a loucura e histeria. Desse modo e durante muitos anos, as instituições que controlavam a esfera punitiva de mulheres eram as ligadas às igrejas e aos manicômios.

Atualmente, apesar de discursos de garantia de direitos das mulheres encarceradas, o Estado se limita a separar as mulheres dos presídios masculinos sob uma narrativa que está promovendo igualdade de gênero, muito embora, quando se trate de mulheres transexuais e travestis, em decisão recente do Supremo Tribunal Federal (STF), fica a cargo do juiz decidir em qual presídio elas devem cumprir a pena, podendo incorrer, portanto, em diversas violações de direito, além da falta de reconhecimento cível da população LGBTQIA+.

Na prática, tais medidas não produziram melhoras significativas, uma vez que a mulher encarcerada se torna duplamente violentada: seja pelo juízo moral pelo qual são submetidas, seja pela falta de materiais de higiene básica, como absorventes ou papéis higiênicos em quantidade necessária (uma vez que se contabiliza a mesma quantidade para prisões femininas quanto para prisões masculinas, sabendo que as mulheres necessitam desse material muito mais do que os homens).

A discussão de gênero é fundamental para pensarmos a punição: lembrando que a tipificação criminal que mais encarcera as mulheres é o tráfico de drogas. Mas não só. São as mulheres negras que mais têm seus filhos assassinados pela máquina necropolítica do Estado, a partir da guerra às drogas. São também essas mulheres que, ao fazerem uso de drogas, menos frequentam os equipamentos de saúde (Lopes *et al.*, 2018; Monteiro *et al.*, 2011; Peixoto *et al.*, 2010; Pierry *et al.*,

2021; Silva & Pereira, 2015), sobretudo pelo julgamento moral que recai sobre elas e pelas necessidades específicas ignoradas nas condutas terapêuticas (Green, 2006). Luana Malheiros (2018), pesquisadora brasileira, feminista e antiproibicionista, em sua dissertação de mestrado, pesquisa mulheres que fazem uso de crack no centro histórico da cidade de Salvador, estado da Bahia. Sua discussão é importantíssima, pois produz uma interlocução interseccional em relação às questões de gênero e uso de drogas, podendo ampliar a discussão para diferentes campos da saúde.

Um primeiro deslocamento necessário apresentado no trabalho de Malheiros (2018) é o de não colocarmos o ideal de mulher branca como parâmetro para discutir as questões de gênero, sobretudo em relação às mulheres que fazem uso de drogas. Para a pesquisadora, o imaginário social que se tem em relação à mulher que faz uso de drogas se dá na intersecção entre a loucura, agressividade e desajuste, justamente por se produzir distorções em relação ao que se espera de mulheres em nossa sociedade patriarcal. Quando falamos de mulheres negras, as sanções sociais e as violências sofridas se intensificam, produzindo ainda mais barreiras nos modos de enfrentamento.

Um segundo ponto que chama atenção na pesquisa de Luana Malheiros é a história de vida das mulheres usuárias de crack participantes da pesquisa e as violências às quais elas são submetidas cotidianamente, marcadas pela desigualdade de gênero, pelo racismo, pelo extermínio da vida de seus filhos pelo Estado e pela precarização social em que vivem. De acordo com a pesquisa nacional sobre o consumo de crack e outras drogas (Bastos & Bertoni, 2013):

As mulheres usuárias de crack e/ou similares encontram-se inseridas em contextos de maior vulnerabilidade e apresentam baixa escolaridade, experiência cotidiana de viver em situação de rua, histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social (p. 99).

Resumindo: associa-se a noção de epidemia do crack às pessoas negras e pobres. Cria-se, com essa relação, a ideia de que negros e pobres são criminosos – já que o uso de drogas se dá na ilicitude e, nesse sentido, de acordo com Deborah Small em reportagem para O Globo²: “quando as pessoas são classificadas como criminosas por usarem drogas, a sociedade não se sente mais na obrigação de lidar com as condições sociais ou econômicas por trás disso”. Mulheres, em sua maioria,

² Deborah Small é uma ativista importante do movimento negro americano, é formada em Direito e Políticas Públicas pela Universidade Harvard e atua em defesa dos direitos dos pobres e de presos. Reportagem completa em: <https://www.geledes.org.br/deborah-small-guerra-as-drogas-facilita-criminalizacao-de-pobres-e-negros/>

chefes de família, diante de uma relação de pobreza e ausência de direitos sociais, se utilizam do tráfico de drogas como meio de sustento.

É importante mencionar que nos últimos 10 anos, de acordo com a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD do IBGE de 2015, 40,5% dos lares no Brasil eram as mulheres a referência econômica (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016), sendo a maioria mulheres negras. O recorte racial em relação à renda dessas famílias nos aponta que, independente do arranjo familiar, a renda média sempre foi menor em relação às famílias não negras. Quando chefiadas por mulheres negras a renda média é a menor (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos [DIEESE], 2023).

Em relação ao indicador de pobreza, temos que as mulheres são as mais afetadas pela desigualdade socioeconômica: representa quase 60% da população que se encontra entre situação de vulnerabilidade, pobreza e extrema pobreza. Ainda de acordo com o IBGE (2016), pessoas extremamente pobres possuem renda per capita mensal de até R\$77,00. Pobreza é caracterizada por renda maior que R\$77,00 e menor que R\$154,00. Mulheres negras estão na base dessa pirâmide, representando 71,2% de pessoas que estão entre indicadores de vulnerabilidade e extrema pobreza. O último censo de 2022 não nos mostra dados tão diferentes em relação às desigualdades quando interseccionamos gênero e raça: o rendimento-hora das pessoas brancas supera o dos pretos e pardos em todos os níveis de instrução em 61,4%: homens brancos têm a maior renda entre todos. Mulheres brancas ganham mais que homens negros. Mulheres negras são as que têm a menor renda (IBGE, 2022).

Diante do exposto, faz-se fundamental pensar as interseccionalidades em relação ao tema das drogas, entendendo a inseparabilidade entre racismo, capitalismo e patriarcado com suas relações de poder sobre a vida das mulheres, entendendo que, nessas relações, as mulheres negras são as mais expostas à opressão e às situações de vulnerabilidade decorrentes desse imbricamento.

Não há, portanto, como discutir a questão das drogas sem lançarmos mão da interseccionalidade como ferramenta analítica de modo a entrecruzar “desvantagens sociais ligadas a gênero, classe socioeconômica, raça e etnia, sexualidade, idade, capacidades físicas e mentais, ideais de masculinidade e feminilidade entre outras” (Germano *et al.*, 2018).

Teorias interseccionais têm origem nos estudos feministas de mulheres negras nos Estados Unidos, sobretudo a partir de denúncias de discriminação racial dentro do próprio movimento feminista branco, de classe média e heteronormativo (Hirata, 2014) na década de 1970 (Davis, 2016) e propõem evidenciar que “as

experiências das mulheres negras não podem ser enquadradas separadamente nas categorias da discriminação racial ou da discriminação de gênero” (Crenshaw, 2004, p. 8). Este é o cerne dos estudos feministas negros, considerando que “minimizar uma forma de opressão, apesar de essencial, ainda pode deixá-las oprimidas de outras formas igualmente desumanizadoras” (Collins, 2016, p. 107) quando se produz análises feministas, sem considerar as questões de raça. A importância nesse tipo de análise reside, sobretudo, pela aposta na interação entre esses múltiplos sistemas interligados de opressão como foco do estudo, ao invés de tentar transpor análises de gênero e de raça às teorias já consolidadas, como é o caso do marxismo (Collins, 2016).

Helena Hirata (2014) traz um apontamento importante em relação ao tema, ao apontar que em muitos estudos interseccionais há primazia das dimensões gênero-raça nas análises, deixando outras dimensões com pouco delineamento teórico. Para a autora, trabalhar com o que ela chama de consubstancialidade ou de “interseccionalidade de geometria variável” implica incluir, além do gênero, raça e classe, outras variáveis como a de sexualidade, de idade e de religião, sendo este último aspecto privilegiado na discussão de drogas. Sirma Bilge (2009, p. 70) produz uma síntese sobre interseccionalidade:

remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que operam a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais.

Nesse sentido, ao observarmos as informações supracitadas, observamos a articulação indissociável entre uma política de gestão da vida e da morte que articula a manutenção da pobreza, temática esta que se agudiza ao evidenciarmos as vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas ao relacionarmos com o tema das drogas, desde indicadores de violência à ausência de espaços de cuidado quando fazer uso de substâncias, e a questão da raça: a guerra às drogas faz parte de uma política de extermínio de vidas negras, de seus modos de vida e de existência, como é o caso da perseguição às religiões de matrizes africanas.

Ampliando a discussão de interseccionalidade no cuidado em saúde na Atenção Primária

É fundamental entender a discussão das interseccionalidades no uso de álcool e outras drogas relacionadas com os cuidados na Atenção Primária em Saúde

(APS). Historicamente, o problema do uso abusivo de drogas tem sido tratado como questão de segurança pública e, quando abordado no campo da saúde, como responsabilidade da atenção especializada e hospitalar no campo da saúde mental, sem contar as internações em comunidades terapêuticas, os manicômios contemporâneos.

Apostamos que as análises das interseccionalidades que compõem esse tema ajudam a ampliar a discussão, permitindo construir um conhecimento comum, heterogêneo e transversal sobre os temas do trabalho e do cuidado na APS. Assim, o estudo das interseccionalidades pode constituir um plano comum que contém as experiências/vivências de pesquisas do campo das ciências humanas e sociais em saúde, grupos militantes da reforma sanitária e da sociedade civil organizada que discutem o tema das drogas, povos indígenas, experiências de comunidades tradicionais, movimentos LGBTQIA+, comunidades negras, entre outros.

Plano comum com potência para afetar os trabalhadores da APS e interferir na produção de diferentes saberes que ampliam a visão biomédica. Provocar o pensamento com vista à composição de um conhecimento interseccionado composto de múltiplas dimensões de análises e diferentes olhares singulares sobre o problema das drogas como estratégia para potencializar o cuidado na APS. Construção de planos de visibilidades comuns, heterogêneos e transversais que interferem na micropolítica das relações de trabalho – em geral, cristalizadas pelo saber biomédico – como espaço potencial para a produção do cuidado na APS.

O pensamento interseccionado subverte a abordagem dominante utilizada no campo da saúde sobre o tema do uso abusivo/dependência de drogas, de caráter especializado e patologizante, produzindo um deslocamento na rigidez imposta pelo padrão de cuidado tradicional, fortemente hierarquizado e produtor de relações de dependência e dominação que colonizam os corpos.

Problematizar o tema das drogas na Atenção Primária em Saúde na perspectiva da interseccionalidade é uma possibilidade para disparar resistências capazes de provocar novas afecções e afetos, produzindo outros modos de cuidado. Assim, é possível sustentar uma relação ética e implicada na abordagem do trabalho e do cuidado na APS. Na micropolítica do cuidado, a potência da APS no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas pode ser encontrada em práticas de saúde itinerantes que se fazem com as pessoas e a partir do território onde elas vivem e existem.

A concepção de território é ampla. Além de possibilitar a construção de indicadores de saúde e a organização das intervenções, permite a avaliação dos impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, o que traz uma

retroação das práticas, pois considera a complexidade das transformações nos territórios em que as pessoas vivem. Este aspecto é um desafio tanto na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), quanto nas políticas de Saúde Mental, que trazem ações em saúde por meio do vínculo. Isso significa que para vincular, faz-se necessário acompanhar o sujeito, sua vivência sobre sua saúde e seus significados sociais sobre o processo de saúde-e-doença, a partir de diferentes formas de subjetividade.

Território, então, pode ser compreendido como um espaço geográfico transitório, determinado pelos distintos usos e funções, de modo que se faz impossível entendê-lo sem uma compreensão das relações políticas e econômicas que o constituem (Santos, 1998), ao passo que também pode ser compreendido como um campo existencial e simbólico. Territórios precisam ser pensados desde sua dimensão sócio-territorial, condição social presente, herança do passado que se manifesta na vida material das pessoas, mas também subjetivamente, em relação ao modo como se organizam do espaço geográfico (Santos, 2002). Mais do que um compilado de dados acerca do território, é preciso foco na questão racial como elemento analisador fundamental em relação às desigualdades sociais, econômicas, sanitárias e, também, em relação à produção de subjetividade que estão associadas às territorialidades.

A imbricação entre esses dois planos a respeito do trabalho em saúde, conforme sinalizam Ruben Lemke e Roseane Silva (2013), tem sido o grande desafio: atuar no território com suas nuances, bem como produzir afetações de modo a produzir possibilidades de desterritorializações para reterritorializar outras constituições de modos de existir. Assim, não se faz possível homogeneizar o cuidado às pessoas que fazem uso de drogas. Nem propor uma linha de cuidado em saúde mental rígida. Tampouco prescindir da análise interseccional entre raça, gênero, classe e, inclusive, religião. É preciso criar os contornos.

Outro aspecto importante em relação ao cuidado é não pressupor a abstinência do uso de drogas enquanto meta. Parece trivial, mas não o é, sobretudo em tempos em que se tem travado uma guerra civil global por soberania que coloca a regulação dos modos de vida no centro da política (Hardt & Negri, 2012). Como contraponto é preciso que se produza enfrentamentos cotidianos que tem relação estrita com a noção de autonomia e que a redução de danos nos ensina: o investimento é no cuidado, não no controle da substância.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Redutores de Danos (RD) têm assumido o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no território por meio de um intenso investimento no vínculo enquanto estratégia terapêutica. Ambos

permeiam o território físico (sobretudo os agentes comunitários que, inclusive, moram no bairro onde atuam), quanto no território existencial das pessoas ao tecerem redes, produzirem efeitos terapêuticos por meio do vínculo e se colocam em uma “posição estratégica de incidir nos processos de produção de subjetividade” (Hardt & Negri, 2012, p. 12). Em relação às ações de redução de danos, agrega-se a luta pela garantia dos direitos dos usuários de drogas, o pleno exercício de cidadania e de produção de autonomia em relação às suas escolhas, com foco no entendimento das iniquidades raciais e de gênero.

Para Souza (2013), Souza e Carvalho (2012) e Passos e Souza (2011), a RD enquanto dispositivo de visibilidade aos usuários de drogas e de resistência à norma da abstinência só se realiza se a política pública assegurar, não apenas o sentido da universalidade presente nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também o que Michael Hardt e Antonio Negri (2012) chamam de produção do comum na forma de um fazer/agir coletivo que inclua a heterogeneidade de interesses, desejos e diferentes modos de vida (Teixeira, 2017).

É a esse comum, que tem na dimensão racial um dos seus vetores de construção, que Souza, Domanico e David (2020, p. 9) apostam como estratégia fundante para pensar processos de cuidado em saúde: “sem esse processo não é possível estabelecer um plano de luta comum entre negros, muito menos entre negros e brancos” .

Referências

- Algarte, A. F. T., & Barbosa, A. L. J. (2021). A realidade das mulheres transexuais no sistema penitenciário brasileiro. *Revista de Iniciação Científica e Extensão da Faculdade de Direito de Franca*, 6(1).
- Bastos, F. I. P. M., & Bertoni, N. (Orgs.). (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* ICICT. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 225(1), 70-88. <https://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.html>
- Boiteux, L. (2015). Brasil: Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. *Revista SUR*, 21. https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/5_0.pdf
- Borges, J. Mulheres negras na mira. *Revista SUR*, 15(28), 45-53. <https://sur.conectas.org/mulheres-negras-na-mira/>
- Collins, P. H. (2016). Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Sociedade e Estado*, 31(1), 99-127.

- Crenshaw, K. (2004). A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *In*: Crenshaw, K. *Cruzamento: raça e gênero*. Ação Educativa.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo Editorial.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. (2023). As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho. *Boletim Especial 8 de março, dia da mulher*.
- Germano, I. M. P., Monteiro, R. A. F. G., & Liberato, M. T. C. (2018). Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 38(n. spe2), 27-43.
- Green, C. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol. Res Health*, 29, 55-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16767855/>
- Hardt, M., & Negri, A. (2012). *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Editora Record.
- Hart, C. L. (2015). Slogans vazios, problemas reais. *Revista Sur*, 12(21). <https://sur.conectas.org/slogans-vazios-problemas-reais>.
- Hart, C. L. (2014). *Um preço muito alto*. Zahar.
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo social*, 26(1), 61-73. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2016). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. IBGE.
- Infopen. (2018). *Levantamento nacional de informações penitenciárias de mulheres*. Ministério da Justiça.
- Lemke, R. A., & Silva, R. A. N. da. (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 9-20.
- Lopes, M. A., Sprícigo, J. S., Mitjavila, M. R., Schneider, D. R., & Abreu, D. (2018). As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPS ad e as implicações na rede de atenção. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000412>
- Malheiro, L. (2018). *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia]. UFBA. https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao__FIM__.pdf
- Monteiro, C. F. de S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. de M., Silva, M. G. da, & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso

- Oliveira, N., & Ribeiro, E. (2018). O massacre negro brasileiro na guerra às drogas. *Revista Sur*, 15(28), 1-4. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-nathalia-oliveira-e-eduardo-ribeiro.pdf>
- Peixoto, C., Prado, C. H. de O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. da; & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400008>
- Pierry, L. G., Tassinari, T. T., Schuch, M. C., Souto, V. T., Soccol, K. L. S., & Terra, M. G. (2021). Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(1), 1-13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000100004&lng=pt&nrm=iso
- Santos, M. (1998). As exclusões da globalização: pobres e negros. *Thoth*, 4, 147-160.
- Santos, M. (2002). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. Edusp.
- Silva, E. B. de O., & Pereira, A. L. de F. (2015). Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2), 203-209. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13997>
- Souza, T. de P., & Carvalho, S. R. (2012). Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Revista Polis e Psique*, 2, 37-58. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319>
- Souza, T. P., Damico, J. G., & David, E. C. (2020). Paradoxos das políticas identitárias: (des)racialização como estratégia quilombista do comum. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 42(3), e56465-e56465. <https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v42i3.56465>
- Souza, T. P. (2013). *A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. UFF. https://app.uff.br/slab/uploads/A_NORMA_DA_ABSTIN%C3%80NCIA_E_O_DISPOSITIVO_%E2%80%9CDROGAS%E2%80%9D.pdf
- Teixeira, R. R. (2017). Biopolíticas do comum na saúde. In Santiago, H. S., Tible, J., Telles, V., & Marinho, L. M. *Negri no trópico 23°26'14"*. Editora n-1.



Decolonialidade e Interseccionalidade: reflexões sobre a Epistemologia da Mulher Negra

Maura Nunes Pimentel de Carvalho
Denise Machado Duran Gutierrez

As relações coloniais perpetradas nas Américas caracterizaram-se por diversas formas de dominação e opressão. Por meio dessas práticas, os colonizadores, beneficiaram-se da exploração de mão-de-obra e da extração de matérias-primas. A cultura, os saberes e práticas locais foram desvalorizados. Todo esse processo de subalternização e exploração levou a acumulação de capital nos países europeus. O colonialismo foi essencial para a expansão capitalista europeia. Por meio dos conhecimentos tradicionais desprezados e subalternizados, o continente europeu se fortaleceria pela lógica do capitalismo, tornando-se referência no que diz respeito ao desenvolvimento, ao Estado Moderno, e à civilização.

Mesmo com o fim do colonialismo político, a colonialidade continua perpetuando relações de poder na perspectiva de mundo eurocêntrica, e permanece como o modo mais geral de dominação do mundo (Quijano, 2005). A colonialidade refere-se à continuidade da expansão global genocida europeia após a colonização das Américas nos anos 1500 e se configura enquanto uma matriz colonial que controla recursos econômicos, naturais e subjetivos. É uma lente que busca tornar visíveis os padrões imperceptíveis, complexos e persuasivos do poder colonial.

A decolonialidade é uma resposta direta à colonialidade, e foi definida por Maldonado-Torres (2007) como padrões persistentes de poder resultantes do colonialismo que continuam a definir a cultura, as relações sociais e a produção de conhecimento, muito depois da partida do poder colonial. Maldonado-Torres e outros desvendaram ainda mais o termo colonialidade, em relação a três conceitos distintos, a saber, a colonialidade do poder: o contínuo favorecimento das elites mesmo após a retirada das administrações coloniais; a colonialidade do saber: a demonização do conhecimento tradicional ou indígena, não ocidental e a colonialidade do ser: uma negação da 'plena humanidade' dos povos ex-colonizados, com falta de reconhecimento do valor significativo de seus conhecimentos e práticas indígenas.

Dessa expropriação e violência aos povos originários, nasce o mito da modernidade, conforme enfatiza Enrique Dussel (1993), quando a Europa pode

encontrar-se com seu outro não para descobri-lo, pois nessas terras já existiam pessoas com suas culturas, suas crenças e seus costumes, mas sim para encobri-lo, controlá-lo e violentá-lo. Sendo assim, esse outro é considerado um não sujeito por ser considerado um não europeu.

Em "Pele Negra, Máscaras Brancas" (Fanon, 2007), destaca-se as características do complexo de inferioridade que permeia a psique do colonizado. Esse complexo se enraíza no indivíduo subjugado devido à supressão de sua cultura original, levando-o a adotar os valores e modos de vida da cultura dominante, à medida que se afasta de suas raízes culturais. Esse processo resulta na estruturação da modernidade com base na desigualdade, com os europeus ocupando o papel central no imaginário colonial como uma sociedade mais avançada e superior em relação às outras. Assim, percebemos outras formas da colonialidade que perseguem e exploram a vidas de mulheres negras que possuem suas vidas e a sua identidade enquanto pessoa preta desvelada por meio das vivências das mazelas sociais:

Cumé que a gente fica? Foi então que uns brancos muito legais convidaram a gente para uma festa deles, dizendo que era pra gente também. Negócio de livro sobre a gente, a gente foi muito bem recebido e tratado com muita consideração. Chamaram até para sentar na mesa onde eles estavam sentados, fazendo discurso bonito, dizendo que a gente era oprimido, discriminado, explorado. Eram todos gente fina, educada, viajada por esse mundo de Deus. Sabiam das coisas. E a gente foi lá sentar na mesa. Só que tava cheia de gente e não deu pra sentar junto com eles. Mas a gente se arrumou muito bem, procurando umas cadeiras e sentando bem atrás deles. (...) Foi aí que a neguinha que tava sentada com a gente, deu uma de atrevida.

Neste trecho citado por Lélia Gonzales (2019, p.223) é nítido como a colonialidade se faz presente com disfarces que podem não ser percebidos. O racismo e o sexismo presente forjam a realidade e marcam as trajetórias de pessoas que possuem suas vidas objetificadas com a desculpa da ciência neutra única produtora da verdade. O comportamento da "neguinha" no trecho destaca a importância de dar voz às experiências e perspectivas das pessoas negras. A atitude "atrevida" pode ser vista como uma forma de expressão de descontentamento com a falta de verdadeira inclusão ou com o discurso superficial sobre opressão e discriminação. Esse trecho destaca a necessidade de diálogo intercultural genuíno, no qual todas as partes envolvidas podem se sentar juntas, compartilhar experiências e trabalhar juntas para enfrentar as questões de opressão e discriminação de forma significativa. O trecho revela que as próprias mulheres ainda não compreenderam que o lugar de fala nessa roda é delas e não dos brancos legais, pois ainda acreditam que precisam da permissão deles para falar em primeira pessoa das vivências de racismo, sexismo e outras tantas violências produzidas.

Interessante destacar que não ocorreu a nenhum dos brancos viajados, levantar e abrir espaço para as verdadeiras protagonistas, demarcando um abismo entre o discurso e a prática.

Um pouco da história a interseccionalidade

A interseccionalidade, conforme a intelectual negra Akotirene (2021), visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais.

Essa ferramenta tem sido um instrumento de análise e ação política sendo cada vez mais utilizado em pesquisas de variadas áreas. Para Collins (2021), é importante salientar que a história da interseccionalidade não pode ser precisamente organizada em períodos ou pontos geográficos, relacionar autores a décadas e escolas de pensamento específicas não é um procedimento neutro e poderá simplificar processos históricos.

A interseccionalidade possui ideias centrais como a justiça social, a complexidade, a desigualdade social, o poder, o contexto social que foram elaboradas desafiando as crises do seu tempo dentro de seus contextos sociais, dentre eles o colonialismo, racismo, sexismo, militarismos e exploração do capital. Dessa forma, o uso da interseccionalidade como instrumento de análise de fenômenos sociais, assim como políticas públicas, tem auferido espaço na produção do conhecimento.

Assim, as mulheres negras que foram atingidas não apenas por um sistema de poder, mas sim pela convergência de mais de um deles, começaram a expor as ideias centrais da interseccionalidade, usando a sua linguagem de história vivida. A academia ignora esse tempo anterior ou mesmo não tem consciência desse período, como enfatiza a intelectual Patrícia Colins (2019).

Quando as mulheres brancas saíram às ruas para lutar pelo direito ao voto e a para trabalhar fora de casa, as mulheres negras não compreendiam muito bem o que estava acontecendo, pois enquanto corpo atravessado pela negritude e outros inúmeros atravessamentos como a classe e patriarcado, as mulheres negras lutavam pela sua sobrevivência e existência. Existir enquanto ser humano era a maior reivindicação, pois o trabalho árduo, elas já conheciam. É importante delinear que não existe uma primeira marca opressora, estas questões são simultâneas. Vários outros marcadores podem ser identificados também, como a idade, região do

país etc., a depender do contexto social em que se está inserido ou não, algumas nuances serão mais impactantes que outras.

Epistemologia feminista negra

A epistemologia feminista negra, instituída como uma teoria social crítica, reflete os variados temas do pensamento feminista negro (Collins, 2019). Dentre as suas características fundamentais encontra-se a experiência vivida como critério de significação, ou seja, o uso das experiências vivenciadas no dia a dia de mulheres negras como fundamento de pesquisas na academia, esse movimento é realizado pelas acadêmicas negras que possuem conhecimento magistral da epistemologia dominante. Elas entendem que a pesquisa não é neutra e irão dessa forma abrir espaços para a construção de políticas públicas voltadas para a realidade da população negra.

Collins (2019) também pontua que uso da experiência como critério de significação mais o uso de imagens práticas, fundamentam as bases desta epistemologia. A exemplo disso, Sojourner Truth, ex-escrava, desconstruiu noções prevalentes do que seria ser mulher, recorrendo a histórias da sua própria vida para simbolizar novos significados. Em 1851, fez seu famoso discurso intitulado “E eu não sou uma mulher” na Convenção dos Direitos Humanos das Mulheres em Ohio, em que dizia:

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregá-las quando atravessam um lamaçal, e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para o meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros, e homem nenhum conseguiu me superar E não sou eu uma mulher? Consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e aguentei as chicotadas! Não sou uma mulher? Pari cinco filhos, e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou eu uma mulher?

Outra característica é uso do diálogo resgatando as tradições orais africanas, Collins (2019) afirma que para as mulheres negras raramente outras formas de conhecimento são formuladas sem a participação de outras pessoas da comunidade, para elas a conexão é um pressuposto primário, não apenas as separações para o processo de validação do conhecimento. A valorização do outro, seu saber, suas experiências por meio do diálogo são essenciais para a construção de novos saberes.

A ética do cuidado também é uma característica fundante da epistemologia feminista negra. Ela sugere que a expressividade pessoal, as emoções e a empatia são centrais para a validação do conhecimento. A singularidade pessoal é bastante

valorizada dentro da ética do cuidado, pois o indivíduo é visto como uma expressão única de um espírito comum. As emoções como segunda característica da ética do cuidado, indica que a pessoa que fala acredita em seus próprios argumentos, pois as emoções dão sentido às ações. E por fim, a empatia, que decorre da capacidade de compreender o contexto da outra pessoa, como forma de humanizar as relações.

A ética da responsabilidade social também é outra característica da epistemologia feminista negra. Preza ser essencial que os indivíduos tenham opiniões bem definidas sobre as variadas questões e que também assumam a responsabilidade por sua validade.

O silenciamento das ideias das mulheres negras por homens brancos, não fez com que as suas vivências e experiências deixassem de estar vívidas em suas poesias, músicas e artes. O mesmo acontece atualmente, depois da inserção da mulher negra nos espaços acadêmicos, porém seguindo outras lógicas de subjugação. Collins (2019) enfatiza sobre os contornos da epistemologia feminista negra, e dentro deles existe a experiência vivida como critério de significado. Viver as experiências e atribuir-lhes significado é essencial para dar sentido ao conhecimento.

Raça e Racismo

A raça é uma construção brancocêntrica com validação do cristianismo, racismo científico e da filosofia. Essa construção fez a ponte para a subjugação de vários povos. Conforme pontuado pela pesquisadora intelectual negra Barbara Carine (2023), a raça surge para legitimar o processo de escravidão nas Américas e a expansão territorial europeia, dominando, expropriando e destruindo novos territórios. O racismo enquanto um constructo social dependente do conceito de raça, foi fundamental para garantir quase quatro séculos de escravidão do nosso povo nestas terras.

O termo branquitude não se refere às pessoas em suas singularidades; trata-se de uma categoria social, que se refere a um lugar de vantagens simbólicas, subjetivas e materiais disponíveis para as pessoas identificadas como brancas em uma sociedade onde o racismo é estrutural. Essa identificação no Brasil é fenotípica, ou seja, se dá pela estética, e não pela constituição genética (Carine, 2023).

O constructo do racismo no Brasil é configurado como de “marca”, ou seja, para o racismo ser preponderante na vida de uma pessoa ela precisa marcar a sua presença pela cor, pelo cabelo, pela forma do nariz etc. Os traços fenotípicos irão determinar as facetas mais dilacerantes do racismo. Dada essa marca indelével do racismo, o se reconhecer negro/negra é uma identificação na maioria das vezes

adoecedora, visto que as experiências são galgadas em desprezo e negação de corpos negros.

Diante dessa vivência e identificação negra, surge o conceito de diáspora africana de Luiza Bairros (1996, p.173):

[...] constitui a nós negros como grupo em que dimensão de raça extrapola qualquer outra condição. Ou seja, um negro é antes de tudo um negro, com todas as conotações de subordinação que isto implica, em qualquer parte do chamado Novo Mundo [...]. O outro tem a ver com o fato de que o racismo antinegro, estabelecido globalmente, nos permite incorporar experiências que dizem respeito não apenas à nossa realidade mais imediata, mas também à de outros negros, mesmo que nunca as tenhamos vivenciado diretamente. Há elementos na nossa identidade negra que são, por assim dizer, globais. E isso ocorre mesmo considerando que ela é mediada por diferenças nacionais, de gênero e classe social.

A ancestralidade e as marcas existentes nos corpos negros são atravessadas de continente para continente. As resistências concebidas nas lutas também são universais, o aquilombamento se faz necessário para lembrar que os nossos passos vêm de longe.

Grada Kilomba (2020) para explicar sobre o conceito de racismo gendereizado, explicou que estava diante de algo irracional. Por volta dos 12 anos de idade foi a uma consulta médica porque estava gripada. Logo após a consulta, o médico perguntou pra ela se gostaria de limpar a casa dele, pois iria viajar junto com a sua família. Explicou que ela não faria muita coisa, apenas cozinhar as refeições diárias da família, iria limpar a casa e lavar algumas roupas como shorts, camisetas e roupas íntimas. Ele explicou que ela teria tempo pra si, poderia até ir à praia. Diante do acontecido, não lembrou se conseguiu dizer algo, mas que saiu em estado de vertigem e ânsia de vômito.

Com este relato, é perceptível que a criança não é vista como tal, mas sim como uma servente. Uma servente negra que estava a servir o médico branco. Trata-se, portanto, da relação “paciente mulher negra, médico homem branco”, tornando assim um dilema teórico: é racismo ou sexismo?

E se o cenário fosse composto por um homem branco e uma menina branca? O médico a teria convidado para limpar a sua casa, ela seria considerada uma criança nesse caso? E se o médico fosse um homem negro, ele teria perguntado a sua paciente branca se ela poderia limpar a sua casa? Questões como essas devem ser sinalizadas para compreendermos que atualmente podemos pactuar ou não com colonialismo perverso, do racismo escancarado, das violências explícitas e implícitas da sociedade.

Temos que continuar a decolonizar não só pensamentos como ações, ações práticas e políticas, decolonizar currículos, formações e profissões. Hoje a sociedade

é marcada pelo pluralismo e assim como tal necessita ser acolhida em todas as suas dimensões.

Pensando o Cuidado em Saúde de Mulheres Negras de forma Interseccional e Decolonial

Os cuidados em saúde para mulheres negras é uma questão complexa e multifacetada que requer uma abordagem que leve em consideração a interseccionalidade de suas experiências e a necessidade de descolonização. Como afirma Crenshaw (1989), a interseccionalidade contemporânea torna as mulheres negras particularmente suscetíveis a desafios únicos decorrentes da convergência de gênero, raça e outros aspectos da identidade, influenciando assim seus encontros com a saúde. Simultaneamente, uma perspectiva decolonial levanta preocupações em relação aos fundamentos coloniais arraigados nas práticas médicas, que muitas vezes marginalizam e subestimam o conhecimento e as exigências das mulheres negras (Barbosa et.al., 2023)

Para atender a esse grupo, é fundamental considerar e combater o racismo estrutural no sistema de saúde. Conforme destacado por Jones (2000), isso envolve uma promoção de políticas que abordem as desigualdades raciais, além de capacitar profissionais de saúde para oferecer cuidados culturalmente sensíveis. Além disso, as pesquisas na área devem levar em consideração as identidades interseccionais para compreender melhor as necessidades de saúde específicas das mulheres negras (Akotirene, 2021).

A influência perceptível do racismo estrutural nas discrepâncias na saúde é perceptível na literatura científica do Brasil. Investigações fundamentais, exemplificadas pelo estudo conduzido por Martins (2006), transferiu uma análise da mortalidade materna entre mulheres negras no Brasil, destacando um dado alarmante: o risco de mortalidade materna para as mulheres negras é duas vezes maior em comparação com as mulheres brancas. O autor sustenta que a desigualdade racial emerge como um fator primordial na explicação da elevada mortalidade materna entre as mulheres negras.

Martins (2006) observa que as mulheres negras frequentemente enfrentam condições de pobreza e vulnerabilidade social, o que, por sua vez, podem dificultar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Além disso, ele aponta que essas mulheres sofrem com a discriminação racial dentro do sistema de saúde, levando a diagnósticos tardios de doenças e tratamentos inadequados. Também destaca o papel do racismo estrutural como um fator decisivo para essa preocupante

estatística. Argumenta que o racismo estrutural permeia todas as esferas da vida das pessoas negras, incluindo a sua saúde.

Dessa forma, o autor enfatiza a necessidade urgente de enfrentar o racismo estrutural como uma medida crucial para reduzir a mortalidade materna entre as mulheres negras. Para isso, é necessário implementar políticas públicas que promovam a equidade racial na área da saúde, como o financiamento de programas de saúde específicos para mulheres negras e a capacitação dos profissionais de saúde para refletir e combater o racismo dentro do sistema de saúde.

Assim, uma perspectiva interseccional é essencial para compreender as necessidades de saúde das mulheres negras no Brasil. Santos e Miranda (2021) ressaltam que os encontros de mulheres negras são moldados pela intrincada interação de gênero, raça, classe social e diversos fatores. Isso requer atenção especial à defesa de políticas de saúde que levem em conta essas múltiplas dimensões. A interseccionalidade também é pertinente para compreender os obstáculos ao acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, que frequentemente levam a notáveis disparidades de saúde entre mulheres negras e a população em geral.

Além disso, é imperativo adotar um ponto de vista decolonial ao examinar o sistema de saúde, reconhecendo o impacto duradouro do colonialismo na saúde das mulheres negras. A pesquisa conduzida por Anunciação *et al.*, (2022) resalta a desvalorização histórica do conhecimento e das experiências de mulheres negras nas práticas médicas. A descolonização envolve reconhecer e valorizar a medicina tradicional e os costumes culturais das comunidades afro-brasileiras, além de garantir que os profissionais de saúde sejam treinados para respeitar e compreender essas práticas. Essa abordagem é vital para erradicar a marginalização e a subestimação das necessidades de saúde das mulheres negras.

Uma perspectiva interseccional e desconstrutiva no que tange ao cuidado de saúde direcionado às mulheres negras desempenha um papel fundamental na eliminação das discrepâncias de saúde e na garantia de um atendimento de excelência que leva em conta as múltiplas dimensões de suas identidades e vivências. Essa abordagem não concorre apenas para a promoção da equidade social, mas também para o fortalecimento da autonomia das mulheres negras em relação à sua própria saúde (Collins, 2019).

A pesquisa nesta área deve ser expandida e aprofundada. As lacunas no conhecimento persistem, exigindo estudos adicionais e uma abordagem baseada em evidências para informar políticas e práticas. A literatura científica brasileira fornece uma base sólida, mas o caminho adiante requer esforços contínuos para a

compreensão completa das necessidades de saúde das mulheres negras. À medida que avançamos, é imperativo que as políticas de saúde no Brasil adotem uma abordagem interseccional e decolonial, promovendo assim a justiça social. Essa tarefa desafiadora, no entanto, é fundamental para alcançar uma sociedade mais equitativa e inclusiva.

Referências

- Akotirene, C. (2021). *Interseccionalidade*. São Paulo: Jandaíra.
- Anuniação, D., Pereira, L. L., Silva, H. P., Nunes, A. P. N., & Soares, J. O. (2022). (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3861-3870.
- Barbosa, A. C., Oliveira, R. G. D., & Corrêa, R. M. (2023). Cuidado em Saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 2469-2477.
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Boitempo editorial.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Boitempo Editorial.
- Crenshaw, Kimberlé. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In: *University of Chicago Legal Forum*.
- Dussel, E. (1993). 1492. *O encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade*. Petrópolis: Vozes.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Gonzalez, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista ciências sociais hoje*, 2(1), 223-244.
- Jones, C. P. (2000). Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American journal of public health*, 90(8), 1212.
- Kilomba, G. (2020). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Editora Cobogó.
- Luiza Bairros. (1996) "Orfeu e Poder: uma perspectiva afro-americana sobre a política racial no Brasil", *Afro-Ásia*, Salvador, EDUFBA, n. 17, p. 173.
- Maldonado-Torres, N. (2007) On the coloniality of being: Contributions to the development of a concept. *Cultural studies*, v. 21, n. 2-3, p. 240-270.
- Martins, A. L. (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2473-2479.
- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, 43, 939-948.

- Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: Lander, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, p. 107-130.
- Santos, J. A., & Miranda, S. F. (2021). As marcas da interseccionalidade nas trajetórias de três acadêmicas negras. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(1), 1-25.



Psicologia e decolonialidade: breves reflexões sobre as tensões epistêmicas para a atuação da Psicologia no contexto de saúde dos povos indígenas

Mayara dos Santos Ferreira

Sou contadora de histórias. Gostaria de contar a vocês algumas histórias pessoais sobre o que gosto de chamar de “**o perigo da história única**”

Chimamanda Adichie, 2019 (grifo meu)

As discussões a respeito da Psicologia aplicada à realidade dos povos indígenas sempre suscitaram muitas reflexões importantes em torno dos alicerces epistemológicos que sustentam a teoria e a prática da área desde sua regulamentação. Especialmente no Brasil, as discussões ganharam mais força por volta dos anos 2000, impulsionada principalmente pelos direitos indígenas assegurados a partir da Constituição de 1988 (Correia & Viana, 2023).

Se anteriormente os povos indígenas foram sucessivamente submetidos às tentativas de anulação das diferenças e mecanismos de tutela, a luta pela democratização e afirmação dos direitos humanos na sociedade, proporcionados pela constituição, definiram novas prioridades e estratégias para os povos indígenas em torno de suas identidades e pautas, em um forte movimento contra matrizes dominantes, inclusive as científicas (Baniwa, 2006). Deste modo, é possível perceber que a Psicologia carregou durante muito tempo uma tendência eurocentrada nas suas teorias, revelada sobretudo a partir de noções reducionistas em torno dos fenômenos da experiência humana.

As discussões do recente livro *Pintando a Psicologia de Jenipapo e Urucum*, de 2022, apontam que durante muito tempo a Psicologia esteve alinhada a compreensão de subjetividade através exclusivamente de modelos universalizantes e eurocentrados, que atualmente já são considerados insuficientes para pensar a complexidade e multiplicidade de experiências possíveis para os diversos povos na sociedade. A tendência universalista da ciência tem toda sua estrutura histórica aliada à supremacia política e econômica da Europa, que transformou essas estruturas em concepções ideológicas e se tornaram dominantes em todas as

regiões do mundo (Masolo, 2010). Esses modelos, durante muito tempo, representaram instrumentos de silenciamento e violência colaborando com práticas etnocidas. A necessidade de reflexões epistemológicas aprofundadas sobre a diversidade do tema, já vem sendo tensionada há algum tempo, tendo em vista os limites do conhecimento em Psicologia, e o risco de produções e repertório de atuação etnocêntricos (Batista & Zanello, 2016)

Uma discussão frequentemente presente nessas reflexões, alinha a necessidade de uma virada paradigmática em torno da Psicologia, que envolve o conceito de “colonialidade do saber”. Este conceito nos conduz ao entendimento de que grande parte dos conhecimentos ocidentalizados carregam consigo uma herança epistêmica baseada no conceito de ciência construído no continente europeu, em sua maioria braconcêntrico, e especialmente no caso da Psicologia, com raízes muito sólidas na França, Alemanha, Itália, e alguma colaboração também da América do Norte (Menezes *et al.*, 2019).

Sendo assim, entendemos que em termos de padrões culturais, a Psicologia em seu viés mais clássico e histórico, entende a organização do mundo em parâmetros supostamente neutros e universais, e toda e qualquer realidade deve se encaixar nessas leituras. Nesta linha de pensamento, não é o contexto dos sujeitos sociais que deve ser alinhado à teoria, mas sim a teoria que deve ser “encontrada” na realidade dos sujeitos.

Esses vieses paradigmáticos e de construção de ciência têm sido constantemente problematizados por diversas áreas do conhecimento, inclusive pela Saúde Coletiva. Grande parte desses modelos tem vigorado por no mínimo uns 30 anos na história da ciência e se caracterizam por estruturas rígidas e pouco dinâmicas, que são insuficientes para explicar toda a gama de complexidade dos sujeitos e fenômenos existentes na vida social (Luz, 2009).

Se faz importante entender a discussão “colonial” para além da ideia de período histórico, conforme nos apontam Schweickardt e Barreto (2023). Os autores situam essas reflexões no entendimento de que este período histórico reflete na estruturação de toda a forma de pensamento que alicerça o arcabouço teórico-prático de muitas áreas de estudo, exigindo portanto um movimento para libertação desses conceitos dominantes que cerceiam os modos de viver e construir conhecimento nas Américas. Na Psicologia, isso é expresso através das produções que historicamente situavam sociedades indígenas e/ou outros povos tradicionais/originários como grupos menos desenvolvidos, o que funcionou para mais uma vez hierarquizar culturas, e por algum tempo ditou os rumos das discussões da área (Guimarães *et al.*, 2019).

Fernandes e Calegare (2018) reforçam essa problematização, e a denominam de “vício etnocêntrico” da Psicologia na formação acadêmica e na construção das suas teorias de base. Os autores, a partir de uma concepção mais crítica, entendem que a Psicologia é um conjunto de consensos estruturados em dinâmicas de culturas específicas, e defendem que por este motivo, não podem ser generalizadas como modelos únicos e legítimos para as realidades de todos os grupos sociais.

Pavón-Cuéllar (2021) sugere que colonialidade para a Psicologia está também atravessada pelos processos de evangelização e etnocídio, o que o autor denomina de “europeização”. Souza (2021) endossa essa reflexão apontando que o extermínio de imagens, representações, perspectivas de mundo, religiões e práticas espirituais, além de forjar as concepções sobre saber, manipulou também as formas de construção das subjetividades, alicerçadas em conceitos universalistas do mundo e das pessoas.

Decolonialidade x Subjetividade(s)

Especialmente quando entramos na discussão das subjetividade(S), consideramos um campo delicado e complexo, que perpassa o entendimento da teoria, e alcança a dimensão da experiência das pessoas em sociedade, sua autopercepção, autoimagem e até mesmo saúde emocional. Sabemos que ao longo de toda a história o contato interétnico subalternizou as experiências, as epistemes, e as organizações socioculturais de povos originários (El Kadri *et al.*, 2021), e isso subjogou e até invisibilizou a existência de outros parâmetros de estrutura subjetiva.

Fanon (2008) em seu clássico livro *Pele Negra, Máscaras brancas*, apresenta diversas dimensões da construção da subjetividade – partindo da experiência de pessoas negras – que é internalizada a partir de instrumentos e relações socioculturais. Uma dessas dimensões está intimamente ligada à construção do conhecimento, que é a *linguagem*. Para o autor, “falar” implica assumir uma cultura, e comporta todo o peso de estrutura das civilizações. Masolo (2010) também endossa essa discussão ao refletir sobre as noções de linguagem oral e escrita, sinalizando que a tendência do conhecimento escrito reforçada pela ciência eurocêntrica, fez deslizar para uma posição inferior as tradições de linguagem oral dos grupos indígenas, colocando-as mais uma vez na dimensão do “estrangeiro”, irrelevante e inferior em relação a estrutura previamente estabelecida. Assim, é possível perceber que desde o início da popularização das discussões sobre o “etnoconhecimento¹” existe uma tendência de rejeitar ou deslegitimar a importância

¹ O termo está atravessado também por muitas questões epistemológicas, mas de maneira geral, pode ser entendido como o conjunto de conhecimentos e saberes transmitidos de maneira intergeracional nas comunidades tradicionais e que são aprendidos no cotidiano das relações com os meios e com outros sujeitos sociais (Nascimento, 2013)

dos então denominados conhecimentos tradicionais, bem como tudo o que remete à ele, como idiomas e práticas.

É possível ponderar que a linguagem, historicamente, sustentou e sustenta mecanismos de reprodução de hierarquias. É um dos muitos elementos que permite a internalização de padrões e normas, e no caso das populações tradicionais e/ou originárias, é uma das formas de se “aproximar” da branquitude. Por isto, o apagamento das línguas tradicionais se instrumentalizou ao longo do tempo como uma ferramenta de colonização, pois o domínio do idioma considerado universal é uma das maneiras de ascender e agregar valores sociais mais próximos àqueles aceitos pelas sociedades dominantes.

Muitas questões podem ser problematizadas a partir disso. No caso especificamente da saúde, é possível identificar a construção de discursos conflituosos à respeito das noções de medicina, e saúde mental, por exemplo. A medicina indígena é comumente referida como “conhecimento” ou “saber tradicional” (Schweickardt & Barreto, 2023), mas é importante questionar: quem definiu esses espaços? Se a prática da “medicina” nas culturas ocidentais é a prática do cuidado e da cura, por que o conjunto de práticas com o mesmo objetivo quando realizada em uma cultura não ocidental é situada em um espaço de conhecimento considerado inferior? Sob quais padrões estão ancorados o conjunto sistematizado de evidências científicas que validam a ciência atual?

O que é possível perceber é que grande parte das estruturas atuais de conhecimento ainda não conseguem alcançar a complexidade da teia de dimensões sociais e subjetivas que envolvem os mais variados fenômenos da saúde – e também outros –, sobretudo àqueles fora da norma ocidental. A saúde a qual nos referimos se origina onde? É restrita a ideia de ausência de doenças? Ou se refere ao estado de “bem-estar”? Ou, como no caso dos povos indígenas, estamos também falando da importância de acesso aos seus territórios, do exercício de sua cultura e das suas cosmologias?

O mesmo acontece com o conceito de saúde mental, e outros termos frequentemente utilizados para se referir a aspectos afetivos/emocionais e afins, como é o caso de “Bem-estar”. Lacerda e Acosta (2017) ao discutir sobre as dimensões de bem-estar psicossocial, são rigorosos em afirmar que os quadros conceituais atuais não possibilitam uma interpretação integral frente as especificidades dos povos tradicionais. A concepção sobre “saúde mental” para muitos dos contextos indígenas pode ser diversa. A noção de “pessoa” e da relação corpo/mente pode ser diferente de acordo com princípios de cada etnia indígena, o

que evidentemente, direciona novos marcadores no processo de subjetivação (Damásio & Noal, 2020).

Assim, as reflexões sobre este tema tem se aproximado mais das noções de “bem-viver” ou “atenção psicossocial”, com a intenção de abranger maior amplitude na compreensão das dimensões que a compõem. Todos esses termos ainda são constantemente passíveis de críticas e problematizações, mas entendemos que é um ponto de partida importante para iniciar a construção de novos formatos de compreensão da dimensão da saúde mental das populações indígenas.

As contraposições aqui elencadas não tem a intenção de fomentar espaços necessariamente contrários ou validar um conhecimento como mais importante do que outro, mas sim pensar sob quais estruturas nossos espaços de discussão acadêmica estão alicerçados, e se eles são de fato coerentes com aquilo que se diz sobre o conceito de saúde que estamos tentando construir nos últimos anos.

As tendências atuais sugerem abordagens mais amplas sobre saúde e cuidado, como é o caso da Atenção Diferenciada, que inclui planejamento, intervenção e avaliação integrando particularidades socioculturais dos grupos (Mendes *et al.*, 2008) e que é “pautada na interdisciplinaridade e na interculturalidade” (Lopes & Sathler, 2022). Nesta ênfase, a discussão do conceito de saúde passou a incluir contribuições antropológicas e sociológicas, validando a existência de diversas formas de atenção em saúde para além do modelo hegemônico vigente proposto pela medicina ocidental (Menéndez, 2003).

Menéndez (2003), na proposta de atenção diferenciada, traça marcadores importantes para pensar a saúde, que envolve um conjunto de elementos religiosos, étnicos, econômicos e políticos, contrapostos ao biologicismo da medicina convencional que resiste em incluir os processos histórico-sociais e culturais que transversalizam as dimensões de saúde. Contudo, podemos perceber um movimento importante, onde o conjunto de práticas de cuidado de saúde próprios dos povos indígenas estão cada vez mais sendo inseridos nos modelos da medicina convencional (Fiocruz, 2021).

Em suma, o que essas problematizações podem indicar é que um dos grandes resquícios da colonialidade ainda é a estrutura de relações de poder simbólico presentes na dinâmica saúde-doença, que controla o direito de nomear, classificar e interpretar as realidades a partir de seus próprios parâmetros (Pontes *et al.*, 2015), e isso segue fomentando a discussão sobre uma suposta “legitimidade” nas decisões sobre saúde.

Psicologia: tensões teórico-práticas

Algumas mudanças implícitas da virada epistemológica da Psicologia, surgiram paralelamente aos movimentos sociais, por volta dos anos 80, impulsionada pelo que foi denominada de Psicologia Latino Americana (ou Psicologia Social Crítica). Essa linha teórica questiona pela primeira vez o papel da Psicologia para transformação das realidades sociais (Silva, 2013), e se dedica especialmente às pautas levantadas pelos coletivos e camadas populares. Foi nesse momento que parte dos profissionais dessa categoria perceberam a necessidade de balizar seu arcabouço teórico-prático a partir das realidades locais, e direcionaram atenção às subjetividades considerando os marcadores de raça e etnia, como nos casos das populações indígenas.

Esse arcabouço teórico decolonial proposto pela Psicologia Social Latinoamericana, inclui a discussão da insurgência das epistemologias advindas do “Sul”, que abrange um conjunto de conhecimentos até então considerados à margem das grandes validações científicas. O sul proposto por esta discussão se refere geograficamente a um conjunto de países e regiões que durante a história foram subordinados ao colonialismo europeu, e atravessados por esta lógica que silenciou identidades, lugares e saberes (Santos, 2021). Algo importante de se destacar nas discussões até agora tecidas, é que a colonização na América Latina foi fortemente fundamentada pela raça, e demarcou os lugares de cada povo, definindo o poder entre os supostos “conquistadores” e os povos colonizados (Santos, 2021). O racismo está portanto atravessado nesse processo, forjando padrões de subjetividade e costumes que lhes forçava a adotar novas identidades (Quijano, 2005). Conseqüentemente, toda a estrutura de poder exercida sobre esses povos, definiu também os marcadores de diversas dimensões da vida social, inclusive os científicos.

É por este motivo que o movimento “decolonial”, conforme Mignolo (2019), está para além da decolonização, e alcança um esforço subjetivo de desobediência das normas, contra o conservadorismo e valorizando os modos de existência anteriormente negados. A narrativa da modernidade é problematizada em diversos níveis, e parte do lugar de cada grupo social, resgatando histórias e conhecimentos anteriormente diminuídos e demonizados.

Pensando especialmente nesta ruptura e no resgate de aportes teórico-conceituais da virada paradigmática da Psicologia, cabe enfatizar aqui algumas das lógicas que vem reestruturando o lugar do fazer psicológico e da saúde mental no contexto indígena.

Uma das propostas mais preponderantes das novas concepções de saúde, advém da noção de que os povos indígenas precisavam ser percebidos como sujeitos coletivos, e todo o cuidado em saúde, de qualquer dimensão, deve pensar uma abordagem integrada. Integrada em um coletivo que não inclui somente outros sujeitos humanos, mas também, a relação com a terra, com a natureza, com os rios (Krenak, 2022). O despertar para essas novas concepções, exige desconstruir todo um conjunto de práticas de cuidados da medicina convencional baseada no diagnóstico, na epidemiologia, e que portanto vai contra os sistemas ocidentais de saúde e formação na área. Krenak (2022) discute que a saúde para os povos indígenas avança suas discussões para além da noção do “corpo”, da ideia física, e envolve a dimensão do espírito, em práticas de cuidado que ultrapassam a ideia do uso de medicamentos para curar doenças, mas incluem também os cantos, os benzimentos, as fumaças sopradas, e outras ferramentas e atos de cuidado.

Na concepção da Psicologia e da atenção psicossocial não tem sido diferente. Um dos documentos norteadores de práticas de atenção em saúde mental é a cartilha do Ministério da Saúde, de 2019, intitulada “Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas – Tecendo redes para promoção do bem viver”. Esta cartilha, elaborada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena através do Departamento de Atenção à Saúde Indígena, em coprodução com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), traça novo aporte de abordagem para organização dos sistemas de atendimento. Do ponto de vista da discussão decolonial que estamos traçando aqui, este documento enfatiza uma problematização a respeito do conceito de “saúde mental”. Pontua-se a dificuldade de se chegar à uma única definição do termo, pois cada sociedade entende esse conceito de maneiras diversas, como já foi citado anteriormente. Um apontamento importante, é que o documento defende que a própria noção de “mente” é uma ideia ocidental moderna – logo incluída na lógica dominante – e por este motivo não consegue contemplar grande parte das concepções sobre as dimensões subjetivas da experiência humana. A partir disto, são apresentados termos como o bem-viver, e também ampliam as discussões sobre bem-estar dentro de uma dinâmica coletiva, fora do eixo “ausência de doença”.

Além disso, é possível ponderar que a reorganização da atenção psicossocial também proposta através da cartilha, orienta e endossa de forma mais prática a concretização das reestruturações sugeridas pelo viés decolonial. A dimensão do cuidado a partir da discussão do documento é entendida considerando a noção de “rede”, em uma estrutura de corresponsabilidade de todos os profissionais atuantes nos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI). Cada elemento da rede de cuidado, não

só os profissionais, mas os membros das comunidades são atores responsáveis pelas demandas de sofrimento psicossocial, pois se entende que cada um desses elementos – bem como suas contribuições práticas – tem potencial para promoção de saúde e cuidado. Nesta lógica, não somente os profissionais integram as pautas decisórias e de atenção e manejo em saúde. Pressupõe-se que todos os planejamentos e atividades que envolvem a saúde mental devem passar pela avaliação coletiva, o que, de acordo com a cartilha, pode aumentar a probabilidade de efetividade das ações.

Outro atravessamento importante desta cartilha que pode simbolizar um movimento decolonial relevante, é sinalizar a diferença do sistema de cuidados dos povos indígenas em relação ao sistema convencional, que não são equivalentes. As reflexões pontuam o exemplo de achar que um pajé se equipara à um médico. Essas lógicas de comparação também são fortes tendências coloniais, que tentam atribuir aos sistemas indígenas modos de funcionamento e exercício de papéis correspondentes ao modelo dominante. Problematizar esses lugares, parte da ideia de que cada povo terá sua própria dinâmica de cuidado, cada uma delas baseada em suas próprias cosmologias, integradas à ritos de passagem, elementos da natureza, e etc., que não podem sequer serem percebidos na abordagem convencional, logo não podem também serem equiparados.

No caso especificamente da Psicologia, alguns documentos também têm ao longo do tempo tomado forma frente à essas desconstruções teóricas-epistemológicas, mas iremos nos ater a apenas dois documentos mais recentes, a *Cartilha de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) com os Povos Tradicionais* (2019) e a *Cartilha de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) juntos aos Povos Indígenas* (2022).

O primeiro documento citado, de 2019, já inicia com discussões e reflexões críticas sobre o cenário político da época, traçando os favorecimentos sobre interesses ruralistas, práticas ilegais de extração de minério e madeira e seus impactos sobre o bem-estar psicossocial das populações indígenas e outras comunidades tradicionais. Esse movimento evocou novos norteadores técnicos e práticos para execução da atuação da ciência psicológica, exigindo da categoria uma reconfiguração dos parâmetros de exercício profissional juntos aos povos tradicionais, que agora devem envolver: 1) *as fronteiras das relações sociais como fator político organizativo* que gere parte das condições de bem-estar dos povos tradicionais; 2) *a questão da relação com a natureza* e as relações de gênero nas comunidades; 3) *as relações familiares e comunais* que devem incluir a importância dos grupos de parentesco e intercomunitários como suporte social e emocional; 4)

a *relação com o território* como fator também de bem-estar e saúde, pois estes agora devem ser entendidos como elementos diretos de construção da vida afetiva e social, a partir das memórias coletivas, elementos materiais e/ou simbólicos intrínsecos à relação com o lugar.; 5) *os saberes da natureza e a tradição da oralidade* que passa a validar os conhecimentos passados pelas gerações e também o que é chamado de “conhecimentos tradicionais”, pois estes são elementos que direcionam práticas da vida cotidiana, incluindo as relações de cuidado; e a 6) *a ancestralidade, as cosmologias e a relação com o sagrado e epistemologias plurais*, que traça diretamente as histórias das comunidades, entendendo que território e membros da comunidade estão atravessados pelos seus próprios sistemas de significação, e isso orienta seus modos de vida e cuidado.

A segunda cartilha citada, de 2022, faz referência direta somente aos povos indígenas, e foi organizada em parceria com o CREPOP². Suas diretrizes também reforçam o movimento contra epistemológico, valorizando e possibilitando o protagonismo da questão indígena e suas demandas a partir de seus próprios vieses, histórias e narrativas, de acordo com as especificidades de cada etnia, e dinâmicas intergeracionais.

Este documento, assim como a cartilha do Ministério da Saúde citada anteriormente, reforça a dinâmica do apoio matricial. O matriciamento é sugerido como uma maneira de reunir equipes multi ou transdisciplinares que dialoguem com os serviços de saúde. A ideia do matriciamento é fornecer atendimento psicológico indispensavelmente atrelado a outras áreas de suporte, com a intenção de aumentar a capacidade resolutiva das problemáticas.

O matriciamento amplia as ações de cuidado para além do modelo centrado no hospital ou no ambulatório, podendo estar associado a ideia da clínica ampliada, que consiste basicamente em articular diferentes diálogos e saberes para o entendimento do processo saúde-doença. Também visa incluir os usuários destes serviços como participantes ativos na condução das ações em saúde, e inclusive na construção de seu plano terapêutico (Sundfeld, 2010). O apoio matricial já é incorporado ao SUS desde 1999 com objetivo de promover ações mais colaborativas em saúde e vem se consolidando principalmente através da Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS). Especialmente na saúde indígena a proposta só foi incluída em 2013, e isso só ocorreu em razão da necessidade de colaboração entre Saúde Mental e Atenção Básica nas aldeias.

Outro atravessamento importantíssimo que também tem permitido pensar saúde a partir de outros marcadores, é a discussão sobre demarcação dos territórios

² Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas

indígenas. Na lógica da medicina ocidental, a relação com a terra/território não se estabelece como um elemento necessariamente decisivo sobre as condições de saúde, mas para os povos indígenas, isto ganha uma outra dimensão. Apurinã (2022) nos sinaliza que a saúde está intimamente ligada às condições de acesso ao território. As circunstâncias de injustiças ambientais vividas pelos povos indígenas em suas terras, vulnerabilizam essas populações, que são afetadas tanto do ponto de vista material quanto simbólico, provocando agravos em saúde (Gonçalves et al. 2022). Isto se dá pela consequente restrição de acesso à terra para atividades de subsistência, ou pelos constantes conflitos com madeireiros, garimpeiros, que durante a invasão acabam causando diversos impactos ambientais, como a contaminação dos rios e peixes com substâncias nocivas – que são alimentos das populações – e também gera um aumento substancial da violência e doenças infectocontagiosas (Antunes & Neves, 2022), além toda experiência afetiva negativa advinda desses contextos de conflito e violação de direitos.

Não podemos deixar de citar a obra já mencionada anteriormente, *Pintando a Psicologia de Jenipapo e Urucum: narrativas indígenas de Psicólogas(os) do Brasil*, que é uma produção da Articulação Brasileira de Indígenas Psicólogos(as) (ABIPSI). A produção deste livro e seu contexto de criação por si só já se estabelece como movimento contra epistemológico importante, pois desafia os papéis e lugares já definidos pela academia. Apesar de considerarmos que grande parte das formações acadêmicas tendem a priorizar referenciais teóricos ocidentalizados (Fiocruz, 2021), este livro e todas as discussões que são tecidas por seus autores indígenas psicólogos(as) tendem a se estabelecer como um relevante aporte teórico para a atuação da Psicologia nos contextos indígenas, pois agora ponderam sobre elementos que atravessam o fazer da área pensada especificamente para a realidade indígena, e contemplam a territorialidade, a questão de gênero, suas lutas políticas, saberes tradicionais dentre outros.

Percebemos que ao longo dos anos diversas produções têm sido configuradas a fim de fornecer novos marcadores para atuação no campo da saúde/saúde mental indígena. O aumento substancial da participação de pessoas indígenas nos espaços de discussão da área, tem fomentado reflexões importantes sobre novos arranjos teórico-práticos e também a ruptura com as lógicas da colonialidade, iniciando um movimento de protagonismo e construção de novos modos de ser e construir conhecimento em saúde e Psicologia.

Assim, salientamos que toda a discussão traçada até aqui, ressalta a importância da diversidade de expressões e práticas culturais. E também possibilita a valorização das muitas outras cosmovisões, dos saberes tradicionais, das

concepções sobre ancestralidade, entendendo que esse conjunto de elementos formam uma complexa rede de relação para a formação da subjetividade, e conseqüentemente também para o conjunto de práticas de atuação profissional.

Por fim, analisando a operacionalização da Psicologia e suas bases para compreensões do fenômenos humanos, percebemos como a colonialidade também configurou na área um sistema presente em discursos, pensamentos, práticas, atitudes, gostos, e submeteu durante anos os povos colonizados à situações de violência, colaborando para a manutenção dessa hegemonia (Souza, 2021). Felizmente, o movimento que temos percebido atualmente tensiona uma ruptura com a ideia de ocidentalização do mundo, e isto tem se dado através da resistência de pessoas e grupos sociais às sucessivas tentativas de universalização dos modos de ser. As vidas, os corpos, e as inteligências têm questionado as estruturas dominantes, num processo contra epistêmico que retira da condução do poder atores e instituições ocidentalizadas (Mignolo, 2019). Evidentemente esse debate não se esgota aqui, mas questionar e perceber os princípios do movimento decolonial criando novas estruturas de condução do conhecimento e de sistemas de validação, já representa muito para todo o contexto de luta que tem se traçado até agora, e estimula a continuidade de ações para a estruturação de uma ciência verdadeiramente ampla, inclusiva e múltipla, não mais *única*.

Referências

- Antunes, A. & Neves, J. (2022, 14 de Abril). Invasão do garimpo em terras indígenas deixa rastro de desmatamento e violência. *EPSJV/Fiocruz*. Recuperado de: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/invasao-do-garimpo-em-terras-indigenas-deixa-rastro-de-desmatamento-e-violencia>
- Apurinã, C. (2022). Saúde é terra demarcada. In: A. L. Pontes, V. Hacon, L. E. Terena, R. V. Santos (Orgs.), *Vozes indígenas na saúde – trajetórias, memórias e protagonismos* (pp. 98-119). Belo Horizonte, MG: Piseagrama.
- Articulação Brasileira De Indígenas Psicólogos(as). (2022). *Pintando a Psicologia de Jenipapo e Urucum: narrativas de indígenas psicólogos(as) no Brasil*. São Leopoldo, RS: Casa Leiria.
- Baniwa, G. dos S. L. (2006). *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília, DF: Ministério da Educação.
- Batista, M. Q. & Zanello, V. (2016). Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estudos de Psicologia*; 21(4), 403-414. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160039>
- Conselho Federal De Psicologia. (2022). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos povos indígenas*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia

e Políticas Pública (1a ed.). Brasília, DF: CFP. Recuperado de: <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/030-Crepop-Referencias-Tecnicas-para-Atuacao-de-Psicologasos-Junto-aos-Povos-Indigenas.pdf>

- Conselho Federal De Psicologia. *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) para a atuação de psicólogas(os) com povos tradicionais*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (1a ed.). Brasília, DF: CFP. Recuperado de: <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/016-Crepop-Referencias-Tecnicas-para-Atuacao-de-Psicologasos-com-Povos-Tradicionais.pdf>
- Correia, S. & Viana, L. M. M. (2023). Identidade indígena: Olhares a partir da Psicologia Social. *Fractal Revista de Psicologia*, 35,1-10. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2023/v35/5956>
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Fernandes, F. O. P. & Calegare, M. G. A. (2018). Psicologia e povos indígenas: Breves apontamentos sobre as produções em Psicologia e a constituição Yepa Mahsã. In: M. G. A Calegare & R. Albuquerque, R. (Orgs.). *Processos psicossociais na Amazônia: reflexões sobre raça, etnia, saúde mental e educação* (pp. 87-104). São Paulo: Alexa Cultural.
- Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane. (2021). *Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à Covid-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira*. – Manaus, AM: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPSA.
- Guimarães, D. S. Soares, L. M., Lima Neto, D. M., Santos, P. D. & Carvalho, T. S. (2019). Temporalidade e Corpo numa Proposta de Formação do Psicólogo para o Trabalho com Povos Indígenas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 147-158. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221929>
- Gonçalves, G. M., Silva, E. H., Bezerra, V. C. R., Gurgel, I. G. D. & Costa, A. M. (2022). Demarcação de terra indígena, saúde e novas territorialidades na transposição do São Francisco no povo Pipipã, em Floresta-PE. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(1) 1-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320115>
- El Kadri, M. R., Silva, S. E. de S., Pereira, A. dos S., Lima, R. T. de S. (Orgs). (2021). *Bem viver: saúde mental indígena*. Porto Alegre, RS: Rede Unida.
- Krenak, A. (2022). Quando o povo indígena descobriu o Brasil. In: A. L. Pontes, V. Hacon; L. E. Terena & R. V. Santos (Orgs.), *Vozes indígenas na saúde – trajetórias, memórias e protagonismos*. (pp. 36-69). Belo Horizonte, MG: Piseagrama.
- Lacerda, L. F. B. & Acosta, L. E. (2017). Indicadores de Bem-estar Humano para Povos Tradicionais: o caso de uma comunidade ribeirinha na fronteira da

Amazônia brasileira. *Ciências Sociais Unisinos*, 53(1) 100-111. doi: <https://doi.org/10.4013/csu.2017.53.1.10>

Lopes, D. C. & Sathler, C. N. (2022). O Papel da(o) Psicóloga(o) na Saúde Indígena. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003e240841>

Luz, M. T. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>

Masolo, D. A. (2010). Filosofia e conhecimento indígena: uma perspectiva africana. IN: B. de S. Santos & M. P. Meneses (Orgs). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.

Mendes, A. M.; Leite, M. S.; Langdon, E. J.; Grisotti, M. O. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42(6) 1-6. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1) 185-207. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Menezes, J. A., Lins, S. S. & Sampaio, J. V. (2019). Provocações pós-coloniais à formação em Psicologia. *Psicologia e Sociedade*, 31, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31191231>

Mignolo, W. D. (2019). *A colonialidade está longe de ter sido superada, logo, a decolonialidade deve prosseguir*. São Paulo, SP: Museu de Artes de São Paulo (MAP). Recuperado de: <https://assets.masp.org.br/uploads/temp/temp-YC7DF1wWu9O9TNKezCD2.pdf>

Ministério da Saúde. (2019). *Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver*. Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf

Nascimento, G. C. C. (2013). Mestre dos mares: o saber do território, o território do saber na pesca artesanal. In: F. A. Cananéa, *Sentidos de leitura: sociedade e educação*. (pp. 57-68). João Pessoa, PB: Imprell

Noal, D. Da S. & Damásio, F. (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: Povos indígenas no contexto da Covid-19*. [s.l.]. Fundação Oswald Cruz. Recuperado de: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41437/Cartilha_PovosIndigenas.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Pavón-Cuéllar, D. (2021). Hacia una descolonización de la psicología latinoamericana: condición poscolonial, girodecolonial y lucha anticolonial. *Brazilian Journal of Latin American Studies*, 20(39) 95-127. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1676-6288.prolam.2021.182217>

- Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (ed.). *A colonialidade do saber, Eurocentrismo e ciências sociais – Perspectivas Latino-americanas*. Buenos Aires, BA: CLACSO.
- Santos, A. J. T. dos. (2021). *Saúde Indígena no Brasil contemporâneo: contribuições para a psicologia a partir da perspectiva decolonial*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo). Recuperado de: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/26199/1/Arima%20Juliana%20Teixeira%20dos%20Santos.pdf>
- Schweickardt, J. C. & Barreto, J. P. L. (Orgs.). (2023). Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. In: *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígenas na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida
- Silva, C. V. P. (2013). Psicologia Latino-americana: desafios e possibilidades. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33, 32-41. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Tm46SRtz6SVcpM7TnYBwydp/?format=pdf&lang=pt>
- Souza, R. (2021). O pensamento descolonial na prática da Psicologia e sua relação com o compromisso ético e social: um estudo de depoimentos. (Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo) Recuperado de: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/26347/1/Renata%20Marques%20de%20Souza.pdf>
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20(4), 1079-1097. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>



Colonização da infância, capitalismo e saúde: reflexões urgentes

Larissa Goñi Murussi
Aline Blaya Martins

OS SONHOS

Os sonhos foram banhados
nas águas da miséria
e derreteram-se.

Os sonhos foram moldados
a ferro e a fogo
e tomaram a forma do nada.

Os sonhos foram e foram.

Mas crianças com bocas de fome
ávidas, ressuscitaram a vida
brincando anzóis nas correntezas
profundas.

E os sonhos, submersos e
disformes
avolumaram-se engrandecidos
anelando-se uns aos outros
pulsaram como sangue-raiz
nas veias ressecadas
de um novo mundo.

Conceição Evaristo

Alguns de nós, adultos, se enternecem ao olhar para as crianças como a esperança de retomada do que há de vibrante e de belo na vida. Mas o que elas enfrentam em seus cotidianos nem sempre deixa espaço para que os melhores sonhos venham à tona. O fato é que as crianças enfrentam muitos dos desafios dos adultos e, diversas vezes, sequer são consideradas como sujeitos ativos na construção de nossa sociedade. Ao longo dos anos, o que entendemos como infância tem se modificado e há um tensionamento entre as diferentes concepções que não costuma ser explícito. Existem incoerências entre discursos protetivos e práticas conservadoras que vão expressar distintas possibilidades de vida – e de saúde – para as crianças. Neste capítulo traremos alguns elementos sobre as mudanças de concepções de infância, como elas se expressaram na vivência prática das crianças no Brasil e como esse debate chega na área da saúde.

Concepções de Infância

No século XX passamos por mudanças importantes no modo de produzir a vida e, como resultado delas, as diferentes relações sociais de produção colocaram a criança em locais de trabalho/de inserção social mais ou menos semelhantes aos dos adultos. Entretanto, de uma forma geral, as crianças foram pouco legitimadas quanto a sua participação social na maioria dos locais por onde andaram.

Um modelo ainda muito difundido de infância que permeia nossa sociedade deriva de uma construção europeia de infância que pode ter contribuído para o processo de colonização nos países periféricos. Os escritos tanto de Locke em 1690, que referiam a crianças como um papel em branco, quanto de Rousseau em 1762, que colocava a criança como mais próxima da natureza – espontânea, selvagem (Liebel, 2019), anulam as experiências infantis e a capacidade dessas de interagir com o mundo ao seu redor. Liebel (2019) traz o debate que essas concepções de infância se assemelhavam em como os povos colonizados eram tratados. Uma vez infantilizados (Fanon, 2020), esses povos sofriam a mesma tentativa de anulação que é característica do tratamento direcionado às crianças.

A concepção de infância não existia nas sociedades ocidentais até o século XII, segundo Phillipe Aries (1986). Utilizando representações artísticas, esse autor vai caracterizar crianças como miniaturas de homens e faces de anjos ou de Jesus Cristo e vai sugerir que a vida das crianças até o século XV estava misturada a dos adultos nos passeios, nos jogos ou no trabalho. Apenas no século XVII é que as crianças passam a ser retratadas em seus cotidianos próprios e, no século XVIII, passam a ser consideradas seres diferentes dos adultos com características e com necessidades próprias. Disso decorre uma vida diferente dos adultos, pelo menos até os 8 anos, e um dever de proteção e de cuidado (Santiago, 2022).

Alguns estudos posteriores conseguem demonstrar, em contraposição à Aries, que desde a Antiguidade havia uma preocupação com as crianças que extrapola o ato de cuidado e que elas participavam do cenário das famílias, sendo extensas ou não, e na vida cotidiana dos adultos em diversos relacionamentos. Com a Revolução Francesa e a mudança do Estado, houve uma maior preocupação com o bem-estar das crianças e com sua educação de forma mais institucionalizada¹(Nascimento et al., 2008). Além disso, a mudança da estrutura agrária para industrialização, levou a diferentes constituições familiares. Surgiram famílias menores, com necessidade maior de mobilidade e, conseqüentemente,

¹ Rosemberg (2002) chama atenção de que no Brasil a priorização do ensino fundamental, que se deu somente no final do século XX, está mais relacionada a necessidade de institucionalização das crianças maiores, que estariam nas ruas e, portanto, havia um temor quanto a seus comportamentos, do que ao direito à educação.

redução da convivência da criança com diferentes gerações de adultos (Nascimento et al., 2008).

As discussões sobre o papel das crianças nas sociedades frequentemente minimizam que existem importantes distinções de classe. As crianças pobres sempre trabalharam: para seus donos – quando escravizadas – em unidades domésticas de produção artesanal e em fábricas após a Revolução Industrial. Porém, há uma mudança quantitativa e qualitativa decorrente do capitalismo (Rizzini, 1991). Assim, a infância não pode ser entendida fora do contexto social e histórico em que está colocada.

No século XX iniciaram-se os estudos da Sociologia da Infância e compreensão da infância enquanto construção social. A infância não tem estruturalmente um início e um fim, é geracional e permanente, mas se modifica ao longo da história e em diferentes culturas (Qvortrup, 2010a; Rego, 2022). Essa afirmativa, permite que se estude a infância a partir de sua característica comum – não ser adulto – para articulá-la com as particularidades da sociedade em que vivemos em diferentes locais geográficos e momentos históricos.

Algumas das teses afirmadas por Qvortrup (2011, p. 8) entram em contraposição com visões clássicas da infância ao afirmar que “as crianças são construtoras da infância e da sociedade” e não meras reprodutoras das normas estabelecidas por adultos. Ele destaca que elas são criativas e as reconhece como atores sociais desde o momento atual em que se encontram.

As crianças, portanto, são agentes ativos da história e “são expostas às mesmas forças sociais que os adultos, embora de modo particular” (Qvortrup, 2011, p. 9). Acreditar que as crianças não reproduzem preconceitos ou não os compreendem é negar que elas já estejam participando presentemente da vida que as cerca. Algumas vezes, as crianças são atingidas por questões sociais de forma indireta ou mediada, como no caso das taxas de desemprego. O resultado é que, em parte, não são levadas em consideração no momento da formulação de políticas públicas, no máximo as suas famílias o são (Qvortrup, 2011). Um dos exemplos é a política brasileira de redistribuição de renda e de alimentação do início dos anos 2000² que contemplava apenas as famílias com crianças em idade escolar, embora as crianças de 0 a 6 anos fossem o segmento social com maior percentual de pobreza e com maior frequência de desnutrição (Rosemberg, 2006).

Outra tese de Qvortrup (2011) problematiza a ideologia de família, que coloca a responsabilidade sobre as crianças no âmbito exclusivamente privado o que, em

² Hoje em dia, o programa de redistribuição de renda Bolsa Família, iniciado em 2004, corrige essa distorção e beneficia de forma diferente famílias de diferentes composições (LEI Nº 14.601, DE 19 DE JUNHO DE 2023, 2023)

muitos casos, torna-se uma barreira ao bem-estar e ao interesse das crianças.³ Argumenta que as crianças deveriam ser uma preocupação da sociedade não só para garantir um provimento mínimo financeiro, mas porque participam⁴ e contribuem dentro do sistema organizado socialmente. No cotidiano da saúde, são muito os momentos em que percebemos que existe um limite evidente das famílias no cuidado por diferentes motivos. Ao mesmo tempo, não-familiares isentam-se do cuidado mínimo, como no caso do menino autista desaparecido dentro de uma Universidade Federal em setembro de 2023⁵.

No Brasil, os estudos sobre a infância têm um marco sociológico na produção de Florestan Fernandes intitulada “As trocinhas do Bom Retiro”, em que seu foco é o debate do folclore e, nesse texto, o que chamou de folclore infantil. Nessa análise, o autor parte das brincadeiras realizadas pelas crianças dessa região em 1942 para entender suas relações e seus grupos, concluindo que existe uma cultura infantil cujo suporte social está nos grupos e que a interação desses permite a absorção de elementos do folclore infantil (Fernandes, 1979). Contemporaneamente a ele, há o estudo de Virgínia Bicudo (2010), Atitudes Raciais de Pretos e Mulatos em São Paulo, em que há entrevistas com adultos e através delas são resgatadas experiências e sentimentos vividos também na infância de pessoas negras.

Entretanto, é na década de 1970 que há uma intensificação dos estudos sobre a infância. Em 1976, a autora Fúlvia Rosemberg, em um artigo intitulado “Educação para quem”, foi uma das pioneiras em defender a criança como sujeito ativo e participativo na sociedade, não apenas como uma candidata à humanidade. Ela discorda da concepção de que a criança pequena está mais próxima da natureza e, por isso, prevalece nela o espontaneísmo que deverá ser controlado para tornar-se um adulto melhor (Moruzzi, 2022).

Nesse sentido, algumas de suas contribuições são relacionadas ao direito à educação das crianças pequenas e à cidadania dos bebês. As creches, como surgiram no Brasil, foram dispositivos criados como substitutos às mães trabalhadoras e não como direito à educação da criança. A autora observou a expansão das creches com pouquíssima estrutura em territórios de famílias pobres e, também, um incentivo do Estado às “creches familiares” (casas de cuidadoras,

³ Qvortrup (2011) defende que “não os pais, mas a ideologia de família que é uma barreira”. Formas comunitárias não hegemônicas de criação das crianças são encontradas, por exemplo, em alguns territórios quilombolas e indígenas até hoje (Almeida, 2020; Zoia & Peripolli, 2010) e parecem contribuir com a autonomia, o aprendizado e a noção de responsabilidade. Há um provérbio africano que diz “É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”.

⁴ Em outro texto, Qvortrup (2001) defende que a escola é o trabalho das crianças no capitalismo. Ele parte da análise de países industrializados e defende a importância da escolarização como forma trabalho infantil no capitalismo no sentido de considerá-la parte de sua inserção social na produção.

⁵ A história é triste e pode desencadear mal-estar. O menino tinha 9 anos e perdeu-se da mãe, foi encontrado afogado no lago da Universidade após passar por diversos adultos. (G1, 2023)

por exemplo), que se eximem da responsabilidade de políticas e de ações adequadas pelo menos até a Constituição de 1988. Apesar das poucas conquistas em relação à educação infantil após a Constituição, o Estado brasileiro seguiu mantendo o incentivo às iniciativas privadas e às “alternativas” para educação infantil, sendo influenciado ainda pelas orientações de organismos internacionais (Rosemberg, 2006).

Essa autora também trouxe importantes estudos sobre as relações étnico-raciais na infância, tanto apontando o racismo presente na literatura infanto-juvenil, quanto apontando as maiores dificuldades na trajetória escolar de crianças negras. Ela defendia que a educação para o letramento étnico-racial deveria estar presente desde a educação infantil (Rosemberg, 1991). A presença de conteúdos racistas direcionados à educação das crianças desde pequenas explicita mais um exemplo de como essas crianças estão inseridas na sociedade, como suas relações são mediadas e atravessadas pelas mesmas relações estabelecidas na sociedade como um todo – e principalmente – que não há neutralidade ou ingenuidade destinada a elas.

Alguns autores que estudam a infância atualmente vão chamar atenção para como os direitos das crianças são constituídos e para a influência do cerceamento dessas na participação da vida política, social e cultural (Qvortrup, 2010b; Rosemberg & Mariano, 2010). Além do alijamento da participação política, a necessidade de proteção da infância ainda aparece nos discursos conservadores como responsável pela manutenção de uma agenda de costumes que, na maioria dos casos, mais as violenta do que as protege. Percebe-se em muitos casos uma infância tutelada e não cuidada, como entendemos no campo da saúde.

No artigo intitulado “Quem defende a criança queer?”, Preciado (2018) debate que à criança que foge a norma de gênero está reservada a ausência de cuidado familiar, a patologização individual e a exclusão social. Os dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2023) expõem que crianças trans são expulsas de casa entre 11 e 14 anos de idade e se dão conta de que são elas o alvo do discurso de ódio dentro da própria família. Esse quadro tem sido questionado e tensionado através da luta e da organização política da população LGBTQIAPN+, que reivindica a necessidade de despatologização das diferentes formas de expressão de gênero como forma de apostar menos na tutela ou na compaixão e mais no poder político e transformativo da saúde (ANTRA, 2023; Benevides, 2022)

A contradição do discurso entre a necessidade de proteção à infância e a prática vivida nos territórios evidencia que esse discurso não se aplica à maior parte das crianças reais brasileiras para além da normatividade de gênero. Um estudo

publicado no *The Lancet* pela Fiocruz em 2022 mostrou que as crianças pretas e indígenas têm cerca de 70% mais chances de morrer de mortes evitáveis como diarreia e pneumonia (Rebouças et al., 2022). Achille Mbembe (2016), filósofo camaronês, vai nomear como *necropolítica* essa escolha do Estado de quem pode viver e quem deve morrer, chamando atenção de que não se trata de algo casual, mas de uma política destinada a esse fim nos países periféricos⁶.

Já às pessoas com deficiência, os direitos são relegados ora a formas de tutela como meio de considerá-los incapazes ora não passam dos discursos (Ortega, 2015). Sob o mito da independência e da capacidade totais consideradas idealmente dentro de um padrão de normalidade, as pessoas com deficiência são reconhecidas dentro de um estranhamento que as discrimina. Nenhuma experiência de vida das diferentes formas do que hoje consideramos deficiência é completamente igual, tampouco nenhum ser humano é completamente independente, somos seres sociais e interdependentes. A origem da opressão que cerca pessoas com deficiência, chamada de capacitismo, está intimamente associada com características da sociedade capitalista:

Esse padrão molda a corponormatividade de nossa estrutura social pouco afeita à diversidade corporal, frequentemente associando a capacidade de uma pessoa com deficiência à funcionalidade de estruturas corporais de modo a avaliar moralmente o que as pessoas com deficiência são capazes de ser e fazer. Assim, quando uma pessoa não enxerga com os olhos, não ouve com os ouvidos e não anda como um bípede, ela é lida como “deficiente” e passa a ser percebida culturalmente como “incapaz”, inclusive incapaz para o trabalho. Por isso, o capacitismo impede a percepção de que é possível um cadeirante andar sem ter pernas, um surdo ouvir com os olhos e um cego enxergar com os ouvidos (Mello, 2021).

A imposição de padrões iguais de funcionamento, como se o ser humano fosse máquina, é próprio da sociedade em que vivemos atualmente. Houve avanços na produção de conhecimento acerca da infância nos últimos anos, mas é imperativo que essa produção se articule com os movimentos sociais para que consigamos questionar modelos naturalizados violentos e preconceituosos e criemos uma ciência mais respeitosa com todas as pessoas da classe trabalhadora. São os movimentos sociais que tensionam o saber científico a entender tanto as iniquidades sociais quanto a reconhecer as crianças e os adolescentes enquanto atores políticos, como a ação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) e os Sem Terrinha, coletivo infantil vinculado ao Movimento dos

⁶ Esse conceito foi formulado por Mbembe em uma atualização crítica à biopolítica de Foucault e se consolidou como um orientador de reflexões sobre o papel das tecnologias nas formas contemporâneas de soberania e morte. Alguns autores questionam as perspectivas e os caminhos em que se constituiu esse conceito, as saídas que ele – não – aponta e o fato de que a necropolítica para países periféricos seria nada mais que a continuidade das formas de poder e violência historicamente executadas. (D. Faustino, 2022; Maia, 2021)

Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (Gobbi & Anjos, 2024; Gouvêa et al., 2021; Ramos et al., 2019). Conhecer nossa formação social é importante para não cair no erro de um debate a-histórico e a-espacial e para compreender a saúde dentro de um contexto.

Apontamentos Históricos sobre a vivência da infância no Brasil

Compreender as diferentes experiências na vivência da infância ao longo dos anos pode ser importante para crítica e para autocrítica coletiva do que vivem as crianças hoje. Ainda que consideremos a infância enquanto categoria geracional, as crianças de diferentes classes sociais, raças e gêneros passaram e passam por diferentes experiências mediadas pelas particularidades da sociedade em que vivem.

O Brasil é um país latino-americano da periferia do capitalismo com um longo histórico colonial alicerçado no genocídio⁷ e na escravização dos povos originários, bem como na escravização de povos africanos, indígenas, e não-brancos nascidos aqui. Nesse sentido, alguns posicionamentos são necessários para prosseguirmos e o entendimento da gênese e da função colonial parecem importantes. Marx (2013) vai apontar, no debate sobre a acumulação primitiva do capital, a importância da colonização como estruturante do sistema capitalista tanto pela possibilidade do aumento da riqueza econômica com geração de excedentes quanto pela universalização das relações de produção capitalista iniciais e vai também pontuar a violência desse processo. Rosa de Luxemburgo (*apud*. Faustino, 2022, p. 64) chamou atenção para o fato de que essa violência não foi exclusividade do período inicial do capitalismo, mas uma “contraparte necessária em todos demais estágios de acumulação, tornando viável, pela violência absoluta nas periferias, a democracia e o direito nos centros capitalistas”.

Faustino (2018), baseado na obra do martinicano Frantz Fanon, afirma que não há capitalismo sem colonialismo e, por sua vez, não há colonialismo sem racismo, e ambos estão interligados dialeticamente por uma relação de determinações reflexivas. Em *Os condenados da terra*, Fanon (2018) observa que o mundo colonial é um mundo cindido em que não há conciliação possível. Para o autor, de um lado há colonizadores que vêm de fora, *humanizados*, armados, representantes da civilização e de outro colonizados destituídos de humanidade, animalizados e, diante disso, passíveis de escravização. Há uma cisão na relação sujeito-objeto que se coloca como essencial no sistema colonial e que mantém de

⁷ É importante ressaltar que esse processo não foi passivo e houve muitas formas de resistência, algumas delas trazemos ao longo do tópico.

forma racializada o primeiro no colonizador e no segundo, o colonizado (Faustino, 2018). Essa fixação parece ocorrer também nas formas de manutenção do sistema, nas metrópoles: há um ocultamento da violência sob o nacionalismo, a democracia e a superioridade racial; já às colônias, resta a violência explícita. Entretanto, repara Fanon (1965), esse processo não é aceito passivamente: o colonizado “ao mesmo tempo que descobre a sua humanidade, começa a polir as suas armas para as fazer triunfar”. Clóvis Moura (2022) faz um inventário dos diversos processos de resistência travados nos surgimentos dos quilombos⁸ brasileiros durante o período de escravidão que envolveram tanto o período colonial quanto o início da industrialização capitalista. O autor vai observar que, no início do capitalismo brasileiro, a modernização da tecnologia começa a chegar a um Brasil ainda arcaico, como exemplo conta da chegada do telégrafo em 1850 que dinamizava de forma importante a comunicação mas foi criado para evitar o contrabando de escravizados (após a Lei Eusébio de Queiroz) ao mesmo tempo em que serviu para que captura de escravizados fugidos fosse feita com mais rapidez (Moura, 1994). Moura ainda descreve que essa forma de escravismo tardio é responsável pelas características do desenvolvimento do capitalismo no Brasil até hoje.

Há inúmeros processos de apagamento do histórico de lutas e de amenização da violência do colonialismo e da escravidão. O processo que se seguiu após a abolição da escravatura, com a existência de uma política deliberada⁹ de tentativa de aniquilamento das pessoas negras, manteve e atualizou persistentemente o passado que tentavam esconder. Diversos foram os autores que retrataram a formação social brasileira na tentativa de formular um projeto de nação do ponto de vista da classe dominante no início do século XX. A maioria deles vinha embasado em conceitos racistas ainda que o discurso ideológico se escondesse em uma bandeira de “democracia racial”, como mostrou Kabengele Munanga em *Rediscutindo a mestiçagem* (1999). O ideal de branqueamento iniciado nesse período perdura até hoje e constrói as subjetividades brancas sob o “pacto da branquitude” em que há um “um acordo tácito entre os brancos de não se reconhecerem como parte absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais no Brasil” e dessa forma o foco da discussão mantém-se sobre o negro e sobra o silêncio, a omissão ou a distorção quanto ao papel que o branco ocupa e ocupou (Bento, 2022, p. 29).

⁸ Essa não foi a única forma de resistência: houve greves de escravos, como a greve dos ganhadores em Salvador em 1857 e dos jangadeiros no Ceará 1884; revoltas como a Balaiada em 1838 no Maranhão, Malês na Bahia em 1835, Pernambucana em 1817, Manuel Congo no Rio de Janeiro em 1849; entre outras revoltas e levantes de luta contra a escravização.

⁹ Ver discurso do representante brasileiro no Congresso de Raças com a defesa do branqueamento racial: LACERDA, João Batista. *Sur Les Métis au Brésil. Premier Congrès Universel de Races, França*, (1911).

Há também processos de apagamento da presença dos diversos povos indígenas no território brasileiro. Antes da grande invasão europeia, em 1500, viviam no território mais de mil povos com culturas e línguas diversas, muitas delas exterminadas. Esse processo se dá tanto na ausência do reconhecimento das culturas indígenas que nos forjaram como sociedade e como indivíduos quanto na ausência do reconhecimento do genocídio executado do tempo colonial até hoje. Entretanto, é importante ressaltar que a resistência indígena se mantém e a prova disso está no censo de 2022 em que o Brasil contava com cerca de 1,7 milhão de indígenas a despeito de todas as tentativas de extermínio (IBGE, 2022).

Existem esforços na tentativa de recuperar trechos de nossa história que ficaram ausentes quando quem conta a história é o colonizador. Os primeiros relatos referentes às crianças no Brasil dizem respeito às crianças indígenas, suas relações com os pares e com os jesuítas. Data de 1554 o primeiro colégio jesuíta destinado a catequizar crianças indígenas e órfãos portugueses (Ricieri & Santos, 2016). As crianças eram consideradas um meio para catequização dos adultos gentios por serem mais rápida e facilmente convertidas à doutrina cristã. Os colégios funcionaram não apenas como rede de ensino, mas como vigilância e enquadramento da juventude, onde se aprenderiam também os “bons costumes” (Chambouleyron, 1991). Nessa forma de educar, os castigos físicos eram recorrentes e vistos como uma necessidade próxima ao amor divino, que castiga para proteger dos pecados (Ricieri & Santos, 2016).

Nessa mesma época, há relatos também do importante hábito do aleitamento materno das mães indígenas (em 1578) em contraposição à tradição europeia de entregar as crianças a outros cuidadores. A questão da alimentação das crianças será parte de relatos até o final do século XIX, ora como prova de cuidado ora como estranhamento cultural. Um dos exemplos é o relato de um viajante europeu que questionava a técnica das mulheres escravizadas de pré-mastigação dos alimentos para as crianças pequenas (suas filhas ou sob seus cuidados). A mortalidade infantil da época era tão elevada que fortalecer as crianças para o enfrentamento da vida exigia a oferta de alimentos com cuidados específicos para evitar o risco de perdê-los (Del Priore, 2012).

As escolas jesuítas foram poucas e duraram até o século XVIII, em sua maioria destinadas aos descendentes da elite colonizadora. Uma pequena parcela de povos indígenas e de escravizados recebiam catequese apenas. Ainda que tenha havido a tentativa de desvincular a educação da religião, durante o período colonial, a educação infantil recebeu pouco investimento e permaneceu restrita às camadas mais ricas da população. Com a vinda da família real para o Brasil houve incentivo

para criação de cursos superiores, mas o ensino básico público recebeu mais atenção apenas no século XX (Melo, 2012).

Em relação aos costumes, diferente do trazido por Philippe Aries da ausência de um sentimento de infância na civilização ocidental, Del Priore (2022) nos mostra vários elementos de carinho e de cuidado com as crianças brasileiras já presentes em crianças indígenas no século XVI que evidenciam uma diferenciação dessas dos adultos. Uma grande parte desse cuidado se somou ao trazido posteriormente pelas pessoas escravizadas de África¹⁰, como os festejos referentes ao nascimento das crianças. No Brasil, a exigência de batismo de todas as crianças, incluindo as escravizadas, foi subvertida para um momento de celebração, de reconhecimento e de fortalecimento da comunidade escravizada (Góes & Florentino, 1991).

Ainda assim, essas crianças escravizadas no Brasil não foram poupadas da violência e do horror desse período. Alguns relatos históricos trazem dados de que a partir dos 4 anos de idade as crianças escravizadas começavam suas jornadas de trabalhadoras e aos 8 anos eram integradas às jornadas dos adultos (Negra, 2022). Em outros relatos, a partir dos 5-6 anos, a criança escravizada aparece desempenhando tarefas auxiliares e dos 12 anos em diante já é considerada um adulto para o trabalho e já traziam a profissão como sobrenome: Chico Roça, João Pastor, Ana Mucama (Góes & Florentino, 1991). Ao mesmo tempo em que a criança escravizada era impelida ao trabalho ou submetida a companhia/às ordens das crianças brancas, sua mãe era responsável pelos cuidados dos filhos dos senhores como amas de leite (Nascimento et al., 2008). Houve reconhecida resistência à escravização das crianças, com diversos anúncios tanto da fuga de jovens escravizados (Del Priore, 2012), quanto registros dos ensinamentos de luta de adultos escravizados para as crianças (Góes & Florentino, 1991).

Entre as muitas pressões para o fim da escravidão, a Lei do Ventre Livre de 1871 pouco fez para, na prática, proteger as crianças. Aparentemente mais preocupada em preservar o interesse dos senhores, essa lei previa que a criança, filha de mãe escravizada, deveria permanecer sob a autoridade do senhor até os 8 anos quando e, a partir daí, esse deve decidir se receberá indenização do Estado ou irá utilizar-se dos serviços da criança até que complete 21 anos. A partir dos 8 anos, essa criança pode passar a ser livre, mas sem nenhuma garantia de proteção (Nascimento *et al.*, 2008).

No início do século XX, as grandes preocupações dos governantes em relação à infância eram a mortalidade infantil e o que fazer com as “crianças de rua”. Em

¹⁰ Em Kindezi, the Kongo Art of Babysitting (2017), os autores Fu-Kiau e Lukondo-Wamba apresentam a estrutura comunitária de criação das crianças das sociedades bantu-kongo em que há o envolvimento de jovens e anciãos no cuidado das crianças e ressalta a importância da reciprocidade das trocas.

vista disso, em 1927 surge o Código de Menores, também chamado de Código Mello Mattos, de caráter assistencialista, protecionista e controlador que no final das contas foi mais um mecanismo de criminalização da pobreza. Com o fim da escravização e com o aumento da urbanização, uma grande parcela de escravizados ocupa as ruas das cidades. Com o início desse Código, os menores de 18 anos abandonados ou considerados delinquentes eram levados a Escolas de Preservação que se tratava de locais de encarceramento infantil como forma de controle e ensino de ofícios. Nesses locais, os jovens aprendiam funções de subemprego como de engraxates e de faxineiras e a maioria das meninas vivia em regime claustral (Rodrigues *et al.*, 2022). Surgiu no governo Vargas (1930 a 1945), o Serviço de Assistência ao menor (SAM) de caráter mais assistencialista que inclusive denunciou os maus tratos sofridos por crianças institucionalizadas.

Durante o governo da ditadura militar é criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) que se encarregará através das FEBEM da repressão e do encarceramento dos menores. Entre as décadas de 1980 e 1990, vários dossiês são divulgados com altos índices de homicídios de crianças e de adolescentes evidenciando que a política vigente em nada avançou na proteção das crianças. Apenas em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é que se avança em leis de proteção à infância que vão para além da exclusão e criminalização de crianças pobres (Carvalho & Ferreira, 2022).

No Brasil, as crianças pobres sempre trabalharam senão como escravizadas durante a colônia, como boias-frias, como domésticas, como peões nas indústrias inclusive até os dias de hoje. A exploração do trabalho infantil ficou, muitas vezes, escondida atrás da possibilidade de salvação do “menor abandonado” e dos baixos salários oferecidos aos adultos das famílias. Há dados do início do século XX de crianças retiradas dos asilos com 5 anos de idade para trabalhar nas fábricas com intuito de aprender uma ocupação (Rizzini, 1991). Ao mesmo tempo, essas crianças também tiveram que aprender a lutar por seus direitos, conforme ilustra a Figura 1.

A Figura evidencia a presença das crianças no trabalho desde cedo e chama atenção para participação dessas em processos de resistência. O último relatório da Unicef, de 2020, aponta para um aumento no número de crianças em situação de trabalho infantil¹¹ mundialmente, após duas décadas de queda: 160 milhões no

¹¹ O trabalho é um ato humano através do qual transformamos o mundo e deve ser diferenciado da *exploração* do trabalho na perspectiva capitalista: alienadora e coisificadora; responsável por distanciar o sujeito do objeto e que resulta, portanto, em uma degradação dos homens – para qualquer trabalhador no sistema capitalista, adulto ou criança. Sendo essa uma característica inerente a esse modo de produção, é falsa e, de certa forma, perversa, a promessa de erradicar a exploração do trabalho infantil sem erradicar a exploração dos trabalhadores adultos (Silva, 2003)

mundo – um aumento de 8,4 milhões de meninas e meninos de 2016 a 2020. Cerca de 79 milhões desses realizavam formas perigosas de trabalho. No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019, os últimos disponíveis, 1,758 milhão de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos estavam em situação de trabalho infantil. Do total, 66,1% eram pretos ou pardos. Esse aumento global tem sido creditado à última crise capitalista com perspectiva de piora nos anos da pandemia da Covid-19 (OIT & UNICEF, 2021).

Figura 1. Crianças operárias e adultos na greve de 1º de maio de 1907, em defesa da jornada de trabalho de 8 horas.



Fonte: Rizzini, 1991.

Algumas crianças são adultizadas cedo, consideradas já aptas ao trabalho infantil hostil, e a outras, o exercício de sua infância as coloca tantos limites de proteção que restringe suas possibilidades de crescimento. O mesmo Estado de quem demandamos proteção e regulação, é responsável, como uma infeliz coincidência, pelos diversos casos de assassinatos de crianças nas ações policiais em favelas. Junto a isso, as discussões sobre a redução de maioria penal reforçam ainda mais a hierarquização social que determina destinos a uma parcela de crianças e de jovens.

Ao olharmos para a infância, fica evidente que há diferentes possibilidades de vivê-la em nossa sociedade e junto a isso de adoecer, de morrer e de brincar. Há um descompasso no desenvolvimento da humanidade e no acesso a tudo que é produzido e criado pelos trabalhadores. Essa contenção das potencialidades

humanas ocorre também para os adultos, mas, ao se tratar de crianças, fica ainda mais evidente a incompatibilidade de um discurso protetivo e de uma prática violenta.

A medicalização social da vida e a infância

Ainda hoje presenciamos, na área da saúde, discursos que dicotomizam a boa prática clínica e o sujeito político que a prática. Como se ambos pudessem existir um sem o outro; como se houvesse uma isenção ética, uma ciência neutra. A prática médica tem sido pautada pela ideologia dominante da sua época e a patologização e a medicalização da vida são processos que evidenciam como essa relação têm se dado hoje em dia. Historicamente a relação entre a ideologia e a medicina acumula traços da formação social brasileira, ora servindo ao projeto embranquecedor de nação, ora formatando trabalhadores e controlando corpos femininos. A forma como nos relacionamos com as crianças é produto desses atravessamentos e vai se transformando ao longo do tempo por diferentes tensionamentos.

No século XX, houve um aumento do conhecimento tecnológico biomédico e com ele um aumento de explicações biomédicas para as condições humanas (De Almeida & Gomes, 2014). Há um entrelaçamento na forma de produzir e reproduzir a vida e nas formas de entendimento da saúde-doença-atenção. A industrialização e a urbanização intensificadas no século XX deixaram mais expostas as altas taxas de morbimortalidade e as tensões sociais. Assim, para dar conta do controle dessa população e da reprodução da força de trabalho, há uma ampliação na necessidade de normatizações do Estado e de fiscalizações do espaço público e privado. Como consequência, ocorre aumento da imposição ideológica de práticas higiênico-morais disciplinadoras para a vida familiar (De Almeida; Gomes, 2014). Na América Latina, mais especificamente no Brasil, essas características ganham outros contornos diante da formação sócio-histórica colonial alicerçada na escravização.

Em nosso país, a industrialização e a urbanização colocaram luz sobre o problema da mortalidade infantil e do “menor abandonado” no início do século XX e havia, nas explicações biomédicas, uma suposta neutralidade em vista da preocupação com um bem maior. A escolha ideológica da área da saúde está intimamente relacionada com a ideologia da classe dominante, atendendo a interesses particulares de alguns em detrimento de outros¹². Documentos do

¹² A tese intitulada O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, de Sergio Arouca (1975, p. 65), é um dos principais documentos da Reforma Sanitária Brasileira e debateu essa submissão da medicina à lógica capitalista: “Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal. A medicina, durante a primeira metade do século, manteve, em grande

Departamento Nacional da Criança, criado em 1940 no Estado Novo, mostram a forte presença dos ideais eugênicos nos discursos médicos e da preocupação em “evoluir a raça” com um propósito de desenvolver o país. Guerreiro Ramos fez parte desse Departamento, porém qualificou a discussão que até então classificava a “pobreza e a ignorância” como a causa da alta mortalidade infantil e conduziu o debate relacionando-a às desigualdades socioeconômicas de maneira mais ampla (Lopes & Maio, 2018). Ele referiu que as melhorias nas condições de saúde infantil só poderiam ser realizadas à medida que a medicina saísse de si mesma para entender a criança na sociedade como um todo (Maio & Lopes, 2009).

Através da ampliação da concepção biomédica, há o estabelecimento de padrões *de normalidade* para infância e um controle crescente do corpo feminino que vai se expressar em debates sobre a contracepção e sobre o aborto, por exemplo. Na década de 1980, há a denúncia do aumento de esterilizações em mulheres negras, em parte, sob um discurso vigente em que o problema da pobreza brasileira era causado por famílias pobres numerosas e não por um sistema que continuamente explora e exclui (Negra, 2009). A individualização de problemas sociais acompanha o controle da vida da classe trabalhadora antes mesmo da sua concepção e o direito à vida e à existência são tensionamentos constantes.

Uma chave importante para análise dessa relação é explicitada pelo conceito de medicalização e patologização social da vida que chama atenção para a inclusão no campo médico de condições antes consideradas normais. Esse processo ocorre em parte pelo aumento do que é considerado patológico¹³, que torna a saúde algo cada vez mais inatingível. Diante disso, a indústria farmacêutica e todos os ramos relacionados ao complexo médico-industrial têm um importante papel na exploração e na ampliação de um mercado. Há também um aumento real do adoecimento da população, que assume características diferentes para cada grupo.

O normal somente pode ser ressignificado como patológico, a nosso ver, porque a normalidade vigente já não é mais adequada, suficiente, para as novas demandas da realidade. Ou seja, a medicina e os serviços de saúde somente podem transformar em patologia algo que, em última instância, apresenta-se para os indivíduos e coletivos como obstruções na reprodução da vida, como sofrimento, como problema que cobra para ser resolvido sob as relações sociais atuais (De Almeida & Gomes, 2014, p. 164).

parte do mundo capitalista, um caráter predominantemente liberal, mantendo, por assim dizer, na instância ideológica, as mesmas ligações que possibilitaram o nascimento da clínica. Porém, não só o capitalismo se desenvolveu no sentido do capitalismo monopolista e multinacional, como a própria medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e consumo dos cuidados médicos”.

¹³ Segundo De Almeida e Gomes (2014) esse aumento se dá principalmente de três formas: flexibilização de diagnósticos, criação de novas categorias nosológicas e estímulo à gestão individual de riscos. Os autores fornecem como exemplo as reclassificações propostas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Ainda que a indústria farmacêutica seja grande patrocinadora de inúmeras pesquisas e direcione tratamentos no sentido de fortalecê-la, ela responde a exigências que estão para além dela mesma. A necessidade de trabalhadores dóceis, focados e multifuncionais, em todas as áreas de trabalho, estabelece diferentes padrões de existência e de desgaste, causando transformações no processo saúde-doença (De Almeida & Gomes, 2014). Além disso, a ampliação quantitativa do SUS e da capacidade de atendimento da população também contribuiu para capilarizar o poder de alcance das normatizações propostas através da medicina (Collares *et al.*, 2016) e para aumentar o poder do mercado de lobby político relacionado à saúde.

No que diz respeito às crianças e aos adolescentes, a medicalização social da vida molda também a expectativa de seus comportamentos. Tanto porque seus pais serão os trabalhadores mais extenuados e com menos possibilidades de presença para o cuidado – o que exige crianças mais fáceis de lidar e menos doentes-, quanto porque a urbanização deixou menos espaço para suas existências de forma geográfica, territorial e temporal, e reduziu a presença da família ampliada (De Almeida; Gomes, 2014). A aprendizagem, além do modo de ser e de agir, tem sido alvo frequente da medicalização. A partir dos anos 1990, o incentivo para pesquisa de neurociências contribuiu significativamente para o reforço das explicações biomédicas no campo do comportamento. A medicina tornou-se responsável por resolver a precarização que acompanha o sistema educacional, reforçando a demanda por serviços médicos e, conseqüentemente, reforçando o processo de medicalização (Collares *et al.*, 2016).

Formas mais conservadoras de entender a infância e a adolescência, que consideram adolescentes e crianças apenas como um *vir a ser*, impedem que recuperemos os atravessamentos do capitalismo em suas vidas hoje e os silencia politicamente. Quando falamos da população que mora nas periferias, esse silenciamento se acentua e se soma às estatísticas de quem pode viver e de quem deve morrer.

Ao evidenciar o silenciamento político das crianças e dos adolescentes, questionamos, de forma ampla, a debilidade da conexão que estabelecemos com esses. Um artigo de revisão sobre a comunicação entre médico e crianças mostrou que a porcentagem de envolvimento das crianças em suas próprias consultas é de 3 a 14% e, em geral, não é relacionada à explicação do diagnóstico e do tratamento (Cahill & Papageorgiou, 2007). Esse mesmo artigo traz como contraponto um estudo realizado com crianças asmáticas de 8 a 12 anos em que as que foram alocadas no grupo de treinamento de auto-manejo obtiveram uma melhora mais evidente na

condição de saúde; além disso, faz um alerta também de que crianças acima dos 5 anos de idade são potencialmente capazes de contribuir em seus cuidados de saúde. Tates (2002) resgata estudos da década de 1990 que argumentaram que uma comunicação mais direta entre médicos e crianças se traduz em maior grau de satisfação e de adesão ao tratamento proposto.

Não existe apenas uma explicação para os déficits de comunicação no relacionamento entre médicos¹⁴ e crianças. A relação que as famílias estabelecem com as possibilidades de autonomia das crianças também se expressa nos cuidados de saúde (Cahill & Papageorgiou, 2007). Mas, de forma geral, tanto o profissional de saúde quanto a família em questão estão inseridos em um contexto ideológico que pouco questiona a presunção de que as crianças não são confiáveis e capazes.

Cuidar da criança como criança: decolonizar a infância

O pensar e o fazer saúde devem estar alicerçados em uma leitura crítica de mundo para que sua técnica não se esvaia nas contradições do dia a dia. Uma prática clínica pediátrica conservadora reforça os processos de patologização das crianças e dos profissionais, a domesticação dos corpos e necessidade de desumanização e de subjugação para consecutiva alienação da força de trabalho. É a racionalidade biomédica a serviço do capitalismo onde crianças precisam estar saudáveis, mas "controladas", em condições de "aprender e obedecer", mas não de questionar: a doença, as injustas privações a que são expostas, a violência e/ou a indiferença, tantas negligências.

Pensar em outras possibilidades de clínica de caráter emancipatório necessariamente envolve processos de luta que estão para além da clínica em si. Ouvir e trazer crianças e adolescentes ao debate é essencial quando desejamos tensionar o que é imposto a elas em nossa sociedade e para a construção de uma outra sociedade possível onde a patologização e a alienação da vida desde a infância não esteja a serviço do silenciamento de tantos. O racismo, o sexismo, o capacitismo, o preconceito de classe social e todos os marcadores sociais de diferença estão a serviço da divisão de classes, se estabelecem e são aprendidos na mais tenra infância atravessando o viver, adoecer e o morrer das pessoas.

A prática médica ofertada às crianças pode reforçar estereótipos e se limitar a atribuições de diagnósticos e tratamentos baseados em evidências ou pode entender que cuidar é um ato político e coletivo e que a compreensão da dinâmica que leva uma criança a nascer, viver, adoecer e morrer pode e deve ser

¹⁴ É evidente que a relação entre crianças e profissionais de saúde acontece de formas diferentes quando envolvem outras categorias profissionais não-médicas. Esse artigo é parte de um estudo sobre a relação médica e é por esse motivo que recebe esse enfoque.

compreendida para além de sinais e sintomas e não pode meramente ser tratada de forma neutra e desconexa da vida daquela criança, da sua família, do seu território e da história do país que determina quem ela será apenas através do endereço de onde ela nasceu.

Precisamos nos olhar conjuntamente com o olhar que estendemos às crianças. Retomar os sonhos é urgente e não pode ser apenas uma tarefa das crianças, como nos ensina Conceição Evaristo: sonhos que pulsam como sangue raiz restabelecendo a possibilidade de vida. Retomar os sonhos é uma tarefa coletiva que conseguiremos através do esforço e do exercício cotidianos da solidariedade. Retomar os sonhos mostra a quão real, necessária e possível é a ruptura com a sociedade capitalista e as estruturas que a compõe. A clínica que atende adultos e crianças deve estar ao lado da luta e para além disso, a clínica que atende crianças, deve estar sensível e disposta a aliar-se aos sonhos de um mundo novo em que o cuidado em saúde seja parte de uma troca responsável e fraterna.

Referências

- Almeida, S. Z. S. (2020). INFÂNCIA QUILOMBOLA: ASPECTOS IDENTITÁRIOS NA PRÁTICA EDUCATIVA. *Revista do Coletivo Seconba*, 4(1), 58–78.
- ANTRA. (2023). *Nota técnica sobre acesso à saúde de crianças trans: Do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico*. ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais.
- Ariès, P. (1986). *História Social Da Criança E Da Família* (2º ed). Guanabara.
- Arouca, S. (1975). O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Benevides, B. G. (Org.). (2022). *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*. ANTRA.
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Bicudo, V. L. (2010). *Atitudes raciais de pretos e mulatos em São Paulo* (M. C. Maio, Org.). Editora Sociologia e Política.
- Cahill, P., & Papageorgiou, A. (2007). Triadic communication in the primary care paediatric consultation: A review of the literature. *British Journal of General Practice*, 57(544), 904–911. <https://doi.org/10.3399/096016407782317892>
- Carvalho, A., & Ferreira, J. (2022). Bala e cárcere: A morte das infâncias negras é parte negociável do pacote de segurança pública no Brasil. Em E. de L. Souza, C. I. dos Anjos, & N. C. S. L. Correa (Orgs.), *Necropolítica e as crianças negras: Ensaio na pandemia*. Editora Dandara.
- Chambouleyron, R. (1991). Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. Em M. Del Priore (Org.), *História da criança no Brasil*. Editora Contexto: CEDHAL.

- Collares, C., Garrido, J., Moyses, M. A., Cavalheiro, M. T., & Villar, R. (Orgs.). (2016). *Referências teóricas e práticas para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação*. Despatologiza – Movimento pela despatologização da vida.
- De Almeida, M. R., & Gomes, R. M. (2014). Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 155–175. <https://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2728>
- Del Priore, M. (2012). A criança negra no Brasil. Em A. M. JACÓ-VILELA & L. SATO (Orgs.), *Diálogos em psicologia social* (p. 232–253). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais
- Del Priore, M. (2022). O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. Em *História Da Criança No Brasil*. Editora Contexto.
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas* (S. Nascimento, Trad.). Ubu Editora.
- Faustino, D. (2022). *Colonialismo Digital: “Por uma crítica hacker-fanoniana”*. Editora Raizes Da America.
- Faustino, D. M. (2018). Frantz Fanon: Capitalismo, racismo e a sociogênese do colonialismo / Frantz Fanon: Capitalism, racism and the sociogenesis of colonialism. *SER Social*, 20(42), 148–163. <https://doi.org/10.26512/ser%20social.v20i42.14288>
- Fernandes, F. (1979). As “trocinhas” do Bom Retiro. Em *Folclore e mudança social na cidade de São Paulo* (2º ed, p. 153–175). Vozes.
- Fu-Kiau, K. K. B., & Lukondo-Wamba, A. M. (2017). *A.M. Kindezi: A Arte Kongo de Cuidar de Crianças* (M. Maie, Trad.). Terreiro de Griôs. <http://terreirodegriots.blogspot.com/2017/09/kindezi-arte-kongo-de-cuidar-de.html>
- G1, C. (2023, setembro 8). *Corpo de menino de 9 anos que desapareceu em universidade foi encontrado em área de difícil acesso*. <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2023/09/08/corpo-de-menino-de-9-anos-que-desapareceu-em-universidade-foi-encontrado-em-area-de-dificil-acesso.ghtml>
- Gobbi, M. A., & Anjos, C. I. dos. (2024). Infâncias, movimentos sociais e cidade: Reflexões urgentes em meio à “fadiga da paixão”. *Educar em Revista*, 40, e94770. <https://doi.org/10.1590/1984-0411.94770>
- Góes, J. R. de, & Florentino, M. (1991). Crianças escravas, crianças dos escravos. Em M. Del Priore (Org.), *História Da Criança No Brasil*. Editora Contexto: CEDHAL.
- Gouvêa, M. C. S. de, Carvalho, L. D., & Silva, I. de O. e. (2021). Movimentos sociais, participação infantil e direitos da criança no Brasil. *Educação e Pesquisa*, 47, e237436. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202147237436>
- IBGE. (2022). *Censo Brasileiro de 2022*. Panorama do Censo 2022; IBGE-

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

- Lacerda, J. B. (1911). *Sur Les Métis au Brésil*. Sur Les Métis au Brésil, França.
- LEI Nº 14.601, DE 19 DE JUNHO DE 2023, 14601, Presidência da República (2023). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Lei/L14601.htm
- Liebel, M. (2019). *Infâncias dignas, o cómo descolonizarse*. Instituto de Formación para Educadores de Jóvenes (IFEJANT).
- Lopes, T. D. C., & Maio, M. C. (2018). Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). *Tempo*, 24(2), 349–368. <https://doi.org/10.1590/tem-1980-542x2018v240209>
- Maia, E. S. (2021). *EXAME CRÍTICO DA “NECROPOLÍTICA”: UMA LEITURA MARXISTA DO CONCEITO E DO LIVRO*. 45ª Encontro Anual da ANPOCS, Brasil. <https://www.anpocs2021.sinteseeventos.com.br>
- Maio, M. C., & Lopes, T. D. C. (2009). Saúde e Infância na Sociologia de Guerreiro Ramos (1943-19). *Anais do XXV Simpósio Nacional de História*. XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, Fortaleza.
- Marx, K. (2013). *O capital: Crítica da economia política: Livro primeiro – o processo de produção do capital*. (R. Sant’Anna, Trad.; 31. ed, Vol. 1). Civilização Brasileira.
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica: Biopoder soberania estado de exceção política da morte. *Arte & Ensaios: revista do ppgav/eba/ufrrj*, 32, 122–151.
- Mello, A. de. (2021). Corpos (in)capazes. *Jacobin Brasil*. <https://jacobin.com.br/2021/02/corpos-incapazes/>
- Melo, J. M. S. (2012). *História da Educação no Brasil* (2º ed). UAB/IFCE. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/207142/2/Historia%20da%20educacao%20C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Moruzzi, A. B. (2022). Fulvia Rosemberg. Em A. Abramowicz (Org.), *Estudos da infância no Brasil: Encontros e memórias* (2º ed). EdUFSCar- Editora da Universidade Federal de São Carlos.
- Moura, C. (1994). *Dialética Radical do Brasil Negro*. Anita.
- Moura, C. (2022). *Os quilombos e a rebelião negra* (Joselicio Junior, M. Farias, & E. Silva, Orgs.). Editora Dandara.
- Munanga, K. (1999). *Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil: Identidade nacional versus identidade negra*. Vozes.
- Nascimento, T. C., Brancher, V. B., & Oliveira, V. F. (2008). A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONCEITO DE INFÂNCIA. *LINHAS*, 9(1), 4–18.
- Negra, G. I. da M. (2009, março 24). Programa de Saúde—Memória Institucional de Geledés. *Geledés*. <https://www.geledes.org.br/programa-de-saude-memoria-institucional-de-geledes/>
- Negra, G. I. da M. (2022, maio 25). Enfrentamento ao racismo desde a primeira

infância: Uma análise dos marcos legais sobre o tema. *Geledés*. <https://www.geledes.org.br/enfrentamento-ao-racismo-desde-a-primeira-infancia/>

- OIT, & UNICEF. (2021). *Trabalho infantil aumenta pela primeira vez em duas décadas e atinge um total de 160 milhões de crianças e adolescentes no mundo*. Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/trabalho-infantil-aumenta-pela-primeira-vez-em-duas-decadas-e-atinge-um-total-de-160-milhoes-de-criancas-e-adolescentes-no-mundo>
- Ortega, F. (2015). Deficiência como um desafio para uma teoria da justiça corporal. Em R. Pinheiro, T. E. Gerhardt, A. G. da Silva Junior, P. F. Di Leo, M. P. Venturiello, & A. D. de Assis (Orgs.), *Cultura do cuidado e o cuidado na cultura: Dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul* (1a. edição, p. 227–239). CEPESC, IMS, UERJ: ABRASCO.
- Preciado, B. (2018). Quem defende a criança queer? (F. F. M. Nogueira, Trad.). *Jangada: crítica | literatura | artes*, 1, 96–99. <https://doi.org/10.35921/jangada.v0i1.17>
- Qvortrup, J. (2001). O trabalho escolar infantil tem valor? A colonização das crianças pelo trabalho escolar. Em L. Rabello de Castro (Org.), *Crianças e jovens na construção da cultura*. NAU Editora: FAPERJ.
- Qvortrup, J. (2010a). A infância enquanto categoria estrutural. *Educação e Pesquisa*, 36(2), 631–644. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022010000200014>
- Qvortrup, J. (2010b). Infância e política. *Cadernos de Pesquisa*, 40(141), 777–792. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000300006>
- Qvortrup, J. (2011). Nove teses sobre a “infância como um fenômeno social”. *Proposições*, 22(1), 199–211. <https://doi.org/10.1590/S0103-73072011000100015>
- Ramos, M. M., de Aquino, L. L., Ramos, M. M., & de Aquino, L. L. (2019). As crianças sem terrinha e as mobilizações infantis no Brasil. *Praxis & Saber*, 10(23), 157–176. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n23.2019.9728>
- Rebouças, P., Goes, E., Pescarini, J., Ramos, D., Ichihara, M. Y., Sena, S., Veiga, R., Rodrigues, L. C., Barreto, M. L., & Paixão, E. S. (2022). Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: A nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *The Lancet Global Health*, 10(10), e1453–e1462. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00333-3)
- Rego, T. C. (Org.). (2022). *Cultura e sociologia da infância: Estudos contemporâneos* (1º ed). Editora Crv.
- Ricieri, J. G. B. P., & Santos, M. M. dos. (2016). Aspectos sociais e históricos da infância e políticas públicas para educação infantil no Brasil. *Revista Temas em Educação*, 25(1), Artigo 1.
- Rizzini, I. (1991). Pequenos trabalhadores do Brasil. Em M. Del Priore (Org.), *História da criança no Brasil*. Editora Contexto: CEDHAL.

- Rodrigues, A., Francisca, E., & Costa, S. (2022). Sacralidade e matabilidade. Quem pode viver na terra da necroinfância? Em E. de L. Souza, C. I. dos Anjos, & N. C. S. L. Correa (Orgs.), *Necropolítica e as crianças negras: Ensaio na pandemia*. Dandara.
- Rosemberg, F. (1991). Raça e educação inicial. *Cadernos de Pesquisa*, 77, 25–34.
- Rosemberg, F. (2002). Organizações multilaterais, estado e políticas de educação infantil: History repeats. *Cadernos de Pesquisa*, 25–63. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000100002>
- Rosemberg, F. (2006). *CRIANÇA PEQUENA E DESIGUALDADE SOCIAL NO BRASIL*. Congresso de Educação Infantil – Educadores da Infância, São Paulo. <https://educacaoinfantil.ceert.org.br/pdf/artigos/>
- Rosemberg, F., & Mariano, C. L. S. (2010). A convenção internacional sobre os direitos da criança: Debates e tensões. *Cadernos de Pesquisa*, 40, 693–728. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000300003>
- Santiago, V. (2022). *Infancia negra uma reconstrução necessária*. Geledés. <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2022/07/Infancia-negra-uma-reconstrucao-necessaria.pdf>
- Silva, M. R. da. (2003). *Trama Doce—Amarga (Exploração Do) Trabalho Infantil E Cultura Lúdica*. Hucitec Editora.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Elbers, E., & Bensing, J. (2002). 'I've come for his throat': Roles and identities in doctor–parent–child communication. *Child: Care, Health and Development*, 28(1), 109–116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00248.x>



A interdisciplinaridade da saúde coletiva e o viés colonialista da biomedicina: reflexões no território líquido em tempos de Covid-19

William Pereira Santos
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

O ano de 2019, sobretudo o final do segundo semestre, marcou a história planetária, mas num sentido negativo. Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre muitos casos de pneumonia em Wuhan (China). E em poucas semanas depois, em janeiro/2020, autoridades chinesas confirmaram que identificaram um novo tipo de coronavírus, responsável por causar a Covid-19 (*Coronavirus Disease 2019*). O medo de quem estava em qualquer outra parte do mundo distante da China, mas que já sabia sobre a crise biológica que avançava, era que o risco de infecção alcançasse outros países e continentes. Mas não demorou muito e as notícias e registros confirmavam que o vírus, devido à sua transmissibilidade elevada, avançava pelos países sempre provocando muitos adoecimentos e mortes.

Em janeiro/2020 foi identificado o primeiro caso de Covid-19 fora da China. Depois do continente asiático, com relatos de casos na Coreia do Sul, Japão e Tailândia em janeiro/2020, o vírus chegou, pelo fluxo migratório, a outros países e continentes, como Itália, Espanha e outros países da Europa, e Estados Unidos da América (EUA) (Batista & Valente, 2021; Brito, Braga, Cunha, Palácio & Takenami, 2020).

No início, os registros evidenciavam que pessoas com comorbidades, pessoas idosas e trabalhadores da saúde, devido ao contato direto em unidades de saúde, eram os mais atingidos pela doença. Mas à medida que o vírus avançava entre os países, mudava o perfil de infectados e mortes e os registros passavam a evidenciar a heterogeneidade de casos, revelando adoecimentos e mortes entre pessoas de diferentes faixas etárias e lugares, mas com ênfase nos territórios vulnerabilizados e em países com baixa estrutura dos serviços de saúde ou insuficiente investimento em saúde pública (Biehl, 2021; Orellana *et al.*, 2021). Foi possível observar, portanto, maior impacto entre imigrantes, grupos étnicos

minoritários e pessoas alvo de estigmatização racista (Carmo, Tavares & Cândido, 2020).

A crise, até então com forte característica biológica, foi se desdobrando em outras crises, como políticas, econômicas, sociais e ecológicas, fragilizando as pessoas, juntamente com o vírus, com a perda de trabalho e renda, ameaça de fome, dificuldade de assistência à saúde em decorrência da alta procura e abarrotamento nos serviços de saúde. Nesse sentido, concordamos com Morin (2020): a Covid-19 é uma combinação de crises de dimensão nacional e planetária. Todos os impactos somados, todos os prejuízos, toda a negligência à gravidade da doença e banalização à ciência, que retardaram as respostas consistentes e sustentáveis ao enfrentamento à grande crise, expressam profundamente as condições de vida e de saúde da população, revelando a diferença e distâncias entre ricos e pobres, que já eram visíveis antes da pandemia. Neste capítulo, quando tratarmos da soma das crises supramencionadas, utilizaremos o termo “crise humanitária”. A expressão crise humanitária é para dar sentido à situação de emergência generalizada que afeta as populações do mundo inteiro com situações de exposição a riscos biológicos, vulnerabilidades que potencializam adoecimentos, emergências sanitárias e consequências como fome e desnutrição e desemprego (Lima, Buss & Paes-Sousa, 2020).

Por trás da Covid-19 estava o risco biológico – o novo coronavírus –, de caráter letal e com capacidade de atingir a todas as pessoas, sobretudo as mais vulneráveis. Essa circunstância exigiu cuidados para contenção da transmissão viral. Mas, por trás da doença, há inúmeras lacunas, inúmeras perguntas para as quais as discussões devem ser ampliadas no sentido de compreender a complexidade da Covid-19 e as iniquidades reforçadas ou geradas pela crise humanitária.

Para compreensão dessa dinâmica, torna-se valiosa uma aproximação da Covid-19, sobretudo de seu enfrentamento, aos conceitos da decolonialidade para enfatizar que o enfrentamento da crise exige uma articulação multi e interdisciplinar e uma aproximação ao território, visto que a pandemia não se limita ao saber e à prática médicas (nem da medicina como profissão isoladamente, nem mesmo com a soma das demais profissões, como no sentido que alguns autores utilizam o termo). Também aproximamos as consequências da Covid-19 ao colonialismo, reconhecendo que a desigualdade entre negros, indígenas e brancos tem origem no período de escravidão e colonização e permanece reproduzindo indicadores desfavoráveis, incluindo na saúde. No contexto de violência e superexploração

vivido pelos colonizados e escravizados, as condições de vida eram lastimáveis (Rugendas, 1835).

O sentido da decolonialidade, no caso da Covid-19 e de acordo como optamos por associar o conceito da decolonização à crise, é que as condições de vida dos privilegiados não sejam diferentes das condições das pessoas que não são privilegiadas. Outro ponto sobre o qual vamos nos debruçar é necessidade de aproximação das questões mais sociais para melhor compreender o impacto da doença e para desmistificar que a abordagem centralmente biomédica é suficiente para compreensão das crises geradas pela Covid-19.

A diversidade dos territórios brasileiros e a complexidade da produção da saúde exigem uma aproximação ao conceito ampliado de saúde para que a prática de cuidado não seja reduzida a um paradigma único de cuidado.

O objetivo deste texto é dialogar criticamente com alguns estudos sobre decolonialidade, enfatizando o debate da centralidade do conhecimento biomédico sobre os saberes e práticas dos territórios no enfrentamento à Covid-19.

Este capítulo é estruturado no formato de ensaio teórico sobre a decolonialidade e a sua relação com a produção de saúde baseada na ideia da integralidade. Esse formato de texto permitiu a construção de um panorama acerca da doença e seus impactos, com recorte para o *território líquido*. As contribuições desta pesquisa podem proporcionar respostas aos problemas apresentados e/ou ampliar as formulações teóricas a esse respeito. Os textos pesquisados abrangeram relatórios, livros, capítulos e artigos validados cientificamente, que colaboraram com a revisão bibliográfica.

O colonialismo não é uma prática do século passado

Antes de chegar ao conceito da decolonialidade, cabe uma breve apresentação e diferença entre colonialidade e colonialismo, sendo essencial para entendimento da decolonialidade. A colonização do Brasil, durante a expansão europeia, no século XVI, teve como princípios a invasão e exploração de terras e recursos e a dominação como relação de poder. O processo de colonização europeia no Brasil teve centralidade na invasão de terras e o extermínio dos indígenas e negros. Dessa forma, o colonialismo se refere ao período histórico, ocupando-se com as formas de dominação, seja de poder, do saber, de recursos e da natureza (Ferreira, 2014). Já a colonialidade se refere às relações entre o passado e o presente, da qual surge um padrão de poder resultante da experiência colonial e permanece até os dias atuais, mesmo após o fim da colonização e a conquista da independência (Oliveira & Lucini, 2021).

Pensar o colonialismo e a colonialidade, conforme Mignolo e Walsh (2018), é um passo importante para pensar a decolonialidade. A decolonialidade tem sido considerada um campo de estudos que entende a colonialidade como uma prática ainda reproduzida mesmo após o fim do colonialismo. Essa reprodução ocorre em narrativas e práticas cotidianas que oprimem povos historicamente estigmatizados, subalternizados e silenciados pelo homem branco (Oliveira & Lucini, 2021).

A decolonialidade, portanto, é também considerada uma forma de desconstrução dos saberes e das práticas de cuidado em saúde que foram, ao longo dos muitos anos, construídos unilateralmente à medida que muitas vozes eram silenciadas e muitos saberes eram desconsiderados. Assim, a concepção da decolonialidade resgata e valoriza o que não teve lugar ao longo da história (Oliveira & Lucini, 2021).

O estudo da decolonialidade coloca em evidência as diferenças entre ricos e pobres e as relações de poder e dependência, sobretudo nos países colonizados, visto que a colonização tem como marcador as diferenças relacionais, de cultura, de poder e saberes. No caso do Brasil, a opressão ocupou lugar na dimensão biológica e na dimensão social também. As principais doenças epidêmicas que ajudaram a dizimar grande parte dos povos indígenas existentes no país antes da colonização foram trazidas pelos colonizadores. Além disso, a expansão europeia eliminava a autonomia do colonizado na medida em que introduzia suas ideologias e as implantava sobre os povos originários que aqui já estavam. Essa relação desmemorizou uma história já construída, mas que, muito provável, tornou-se de difícil conhecimento em razão de um padrão hegemônico implantado e construção de uma nova memória e de uma nova história. E essa é a história contada, inclusive, na formação escolar: a história de uma descoberta (que é irreal) de um país já habitado. É, portanto, uma negligência ignorar a existência da população originária, que já vivia no Brasil antes mesmo da chegada dos europeus (Henriques, 2015).

Com relação a Amazônia, o colonizador a descrevia como exótica, depreciando os seus habitantes para justificar a colonização e a “civilização” dos índios. Na segunda metade do século XX utilizou-se da baixa demografia para justificar a uma nova investida colonial. E, atualmente, há um processo desenvolvimentista que se manifesta por meio de obras como usinas hidrelétricas, dado o potencial hidrográfico da região, substituição da área florestal para exploração da terra e realização de atividades como mineração, agricultura e pecuária (Ellwanger *et al.*, 2020; Silva & Mascarenhas, 2018). Na região Norte brasileira, o impacto ambiental afeta comunidades indígenas, populações ribeirinhas e urbanas e até mesmo a saúde planetária, evidenciando o atravessamento na vida

das pessoas pelas condições de exploração, riscos de adoecimento e morte (Santos & Ferla, 2022b).

Como colocam Silva e Mascarenhas (2018), a decolonialidade é um esforço teórico capaz de gerar novas interpretações conceituais para compreender, sob outra ótica, a mesma história. A questão central que nos interessa aqui é a seguinte: a construção e expressão do domínio de alguém sobre outras pessoas e como perceber em situações atuais uma relação umbilical com a expressão de colonialidade.

Um ponto para pensarmos essas questões é a relação entre a Covid-19 e seus impactos na vida das pessoas, mas, sobretudo, na vida de algumas pessoas que foram mais expostas e impactadas pelo novo coronavírus. A realidade do local do qual se deseja aprofundar as análises – o território amazônico –, já mostra dificuldades como déficits de articulação com os respectivos territórios, contribuindo para ampliar outras recorrências de Covid-19 (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021).

Conhecer a realidade dos territórios é um exercício necessário para conhecer as peculiaridades e necessidades dos próprios territórios e das pessoas. Caso contrário, isto é, introduzir um modelo de cuidado e assistência sem considerar os aspectos históricos e sociais e as situações marcadas pelas vulnerabilizações sociais tensionadas pelas questões socioeconômicas, é exercer um colonialismo na saúde ao propor a implantação da medicina moderna sobre os saberes ancestrais.

A participação popular na formulação do cuidado, como ficou evidente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) (CNS, 2019, Souza, Santos & Coletto, 2021), é prevista e, no caso do *território líquido*, deve-se incluir a compreensão da organização e seguimento da vida das pessoas no território, que é influenciado pelo ciclo das águas.

“O luto vai demorar muito para passar”

O primeiro caso de Covid-19 em terras indígenas do Amazonas foi notificado no dia 08 de março/2020; em Manaus, AM, foi registrado em 16 de março/2020 e, no interior do estado, foi identificado em 19 de março/2020 (CONASS, 2022; Rodriguez & Lacerda, 2021). Desde os primeiros casos de infecção, o número, em todos os estados, aumentou progressivamente (Batista & Valente, 2021; Rodriguez & Lacerda, 2021).

Foi desafiador acompanhar o número de casos de Covid-19 (infectados e mortes) e a evolução da doença, apesar dos registros e divulgação diários, sobretudo considerando algumas populações, como a indígena, e a subnotificação

de dados por incentivo do governo federal à época (Batista & Valente, 2021; Rodriguez & Lacerda, 2021).

Tivemos que enfrentar e lidar contra o subfinanciamento do SUS. A Covid-19 chega ao Brasil em um contexto crítico para a saúde pública no país (Biehl, 2021), que é a falta de investimentos no serviço público de saúde, dificultando a rede de serviços de saúde. Tal fato pode colaborar com a dificuldade de manter recursos humanos/profissionais. Essa análise pode explicar a questão de diversas subnotificações, fragilizando serviços e programas de saúde (Batista & Valente, 2021; Biehl, 2021). A desvalorização do SUS e o seu desmonte foram enfatizados pela crise econômica e pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congela o orçamento público durante vinte anos (Brasil, 2016; Paim, 2018). Esse desmonte ataca os direitos mais elementares da população – saúde e educação.

Esses dois campos se complementam a serviço das pessoas e, por sinal, foi o que a Covid-19 suscitou. Para o enfrentamento da pandemia, esses dois serviços foram essenciais, seja para cuidado em saúde, seja para orientação e educação da população, que também são uma forma de contenção e proteção contra a Covid-19 (Santos & Ferla, 2022a).

A Covid-19 é um dispositivo para essa análise: ao mesmo tempo em que as informações cientificamente confiáveis instruíam as pessoas, elas também eram estratégias para superar as *fake news*, que foram uma tentativa nefasta para expansão do vírus. Ao longo do tempo, outras doenças também mostram, assim como a Covid-19, que, ao mesmo tempo em que são o “objeto” das políticas específicas de assistência, também são parâmetros de avaliação das próprias políticas e das práticas no interior dos sistemas e redes de atenção à saúde (RAS), bem como da atuação do Estado em garantir os direitos já garantidos na Constituição Brasileira.

Vejamos, por exemplo, o câncer de colo do útero, que também tem grande expressão na região Norte. No Brasil, está disponível o exame ginecológico para prevenção dessa neoplasia. Trata-se de um exame acessível e simples garantido no SUS, outra característica desse exame é a sensibilidade elevada para detecção das lesões precursoras do câncer induzidas pelo papilomavírus humano (HPV). Mas, apesar da técnica e da sua eficácia, o câncer de colo do útero ocupa a sexta posição entre os tipos mais frequentes de câncer. Em termos de mortalidade no Brasil, em 2020, ocorreram 6.627 óbitos, e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,12 mortes a cada 100 mil mulheres. O número estimado de casos novos de câncer do colo do útero para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 17.010, correspondendo a um risco estimado de 15,38 casos a

cada 100 mil mulheres. Entre as mulheres, é o terceiro câncer mais incidente e, quanto à distribuição geográfica, é o segundo mais incidente na região Norte (20,48 por 100 mil) (Brasil, 2022; INCA, 2022). Esse contexto, expressa problemas que são visíveis no cotidiano dos serviços de saúde que permitem refletir sobre o acesso e qualidade da atenção oferecida às pessoas em resposta ao direito à saúde definido na Constituição Brasileira de 1988. É possível observar que a disponibilidade de recursos é importante, mas, por outro lado, nos faz pensar que há problemas que também são visíveis no cotidiano dos serviços de saúde que permitem refletir sobre o acesso e qualidade da atenção oferecida. Importa perceber a capacidade dos sistemas de saúde para lidar com a magnitude do problema, que, nem sempre, é apenas biológica (Santos & Ferla, 2021).

Quanto à Covid-19, em março/2023, o total de mortes no Brasil foi atualizado para 700 mil. Mas esse número não significa apenas um dado quantitativo. Há milhares de pessoas envolvidas num sentimento de luto e de profunda tristeza ocasionado pela perda. Esse número poderia ser evitado não fosse a necropolítica, que caracteriza o governo Bolsonaro. Na região Norte, o número de óbitos por Covid-19 chegou a 51.730 – dados atualizados em 24 de junho/2023 (Coronavírus Brasil, 2023). Entre os indígenas foram notificados 21.774 casos de Covid-19, 981 hospitalizações e 338 óbitos (FVS, 2023).

Esses números de adoecimento e morte podem expressar relação ao colonialismo que, na pandemia, se materializou na postergação da implantação e/ou implementação de recomendações cientificamente comprovadas e orientadas por autoridades e organizações internacionais, bem como do Plano Nacional de Imunização (PNI) (Mbembe, 2016).

Com o atravessamento da experiência pelo modo como a Covid-19 foi enfrentada no Brasil e as crises civilizatórias que se explicitaram com especial visibilidade durante os anos de pandemia, a experiência tomou uma condição singular para o cuidado, com questões que transcendem a dimensão biológica, estabelecendo relações entre os determinantes da saúde de abrangência individual, coletiva ou social às condições de cuidado. A conjuntura de Covid-19 no Brasil constrói uma articulação entre elementos políticos, socioeconômicos e culturais que se relacionam com as transformações nos contextos sanitários e nas políticas públicas a ele relacionadas, fazendo-nos pensar na colonização.

É necessário olhar para dentro do próprio sistema de saúde e refletir se o SUS e refletir sobre como os planejamentos estrutural e processual poderiam oferecer cuidados à população muito além de ações relacionadas apenas para controlar os fatores de riscos biológicos para a Covid-19, sendo esta uma patologia

potencializada pelas questões das vulnerabilidades sociais que contribuem para a suscetibilidade dos riscos em questão (Bertolozzi *et al.*, 2009).

Essa realidade mostra que, apesar da atuação do SUS no controle de doenças, é apenas um dos componentes para a gestão dos agravos. Caso nada seja feito em outros domínios, os resultados tendem a ser devastadores – e foram, com relação à pandemia (Carmo, Tavares & Cândido, 2020).

“Longe é um lugar que existe”

Nesta seção abordaremos o *território líquido* e a peculiaridade de produção de saúde na complexidade desse lugar. Nessa perspectiva, analisar diversos contextos do Amazonas permite construir conhecimentos úteis e oportunos para o próprio território e para o SUS de forma geral, na medida em que, como categoria de análise, o território pode transversalizar também outras realidades.

O território amazônico, que se estende para além da Amazônia brasileira, ajuda-nos a compreender as relações entre lugar, pessoas e grupos e serviços de saúde, fluxos migratórios, e as variações geográficas tensionadas pela natureza da região. O *território líquido* também nos permite explorar a condição histórica e social da produção da saúde com a capacidade crítica sobre o colonialismo do conhecimento acadêmico sobre a saúde, caracterizada pelo modelo biomédico, e sobre a diversidade e a complexidade das formas do andar da vida (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021). Assim, pensar a saúde passou a ser compreender a produção dela nos territórios.

O *território líquido* é transversal ao objeto deste estudo. O Amazonas, que terá mais ênfase nas discussões que seguirão, é o maior estado do Brasil, constituído por 62 municípios, com extensa rede hidrográfica. Os rios são um elemento de importância geográfica e biológica (por trazer nutrientes que mantêm a vida do bioma), mas também tem relevância na vida das pessoas por possibilitar condições de vida, transporte e migração, que acontecem mais expressivamente pelas águas (Santos, Santos, Schweickardt & Ferla, 2023; Schweickardt, Lima & Ferla, 2021).

Parte da população vive em comunidades localizadas às margens ou sobre as águas e podem estar mais ou menos próximas de regiões do estado onde estão instaladas as unidades e os serviços de saúde (Dolzane & Schweickardt, 2020; Santos, Santos, Schweickardt & Ferla, 2023). A distância que existe entre a residência dos usuários e a sede dos serviços de saúde deve ser vista como situação que carece atenção, pois, na maioria das vezes, as ações e serviços de saúde se concentram na sede dos municípios, que não significa um sucesso (Dolzane & Schweickardt, 2020).

As águas compõem, portanto, um paradoxo. Ao mesmo tempo em que condicionam condições de acesso e transporte, criam também barreiras e, nesse último caso, distanciam as pessoas das políticas públicas (Schweickardt, Almeida, Portela & Santos, 2021). Essa circunstância gera dificuldades para conhecer o perfil da população de áreas adscritas, bem como suas condições de vida, pois, nem sempre a população acessa os serviços de saúde, desafiando os próprios serviços a manter os programas próximos da população. A Covid-19 tornou-se um evento em saúde que explicitou essa condição.

A complexidade, portanto, para se referir ao *território líquido* é por considerar as especificidades locais, tampouco para limitar a execução das políticas públicas e a promoção do cuidado e de saúde. Essa complexidade exige uma capacidade tecnológica do setor saúde, mas também intersetorial, para acessar as populações fluvial, ribeirinha e indígena da região Norte brasileira, garantido adesão. Dessa forma, são necessários processos de trabalho e tecnologias (sejam elas leves, leveduras ou duras, como cunhou Merhy (2002) próprias para o cuidado da população (Schweickardt, Almeida, Portela & Santos, 2021). Como em muitas situações de crises biológicas, cada país tende a organizar estratégias de lidar com o problema. É certo que o investimento em políticas de saúde, acumulando competências diversas, inclusive sanitárias, e estabilidade política geram respostas mais positivas ao enfrentamento das crises e suas consequências. Essa articulação de políticas públicas e sociais pode reparar o processo de colonização, que impulsionou os indígenas a saírem de faixas litorâneas para o interior de florestas devido ao poder das armas e da transmissão de doenças muito letais trazidas pelos europeus.

Respostas reduzidas a uma pandemia multifacetada, como é o caso da Covid-19, reforça a expressão do colonialismo ao aplicar os saberes das Ciências Biomédicas em detrimento das Ciências Sociais e Humanas, quando uma, na verdade, é complementar a outra.

Durante a pandemia, a saúde passou por um processo de reorganização de serviços e agenda para atendimentos às pessoas diagnosticadas ou com suspeitas de Covid-19, bem como para manter os cuidados e ações que demandam acompanhamento sistemático, como vacinação, exames pré-natal, exame de preventivo ginecológico e controle de diabetes, hipertensão e outras doenças. Com relação à Covid-19, a orientação foi de definir mecanismos e estratégias de integração de pontos de atenção da rede que compusessem linhas de cuidado específicas na gestão municipal/regional (Engstrom *et al.*, 2020; Evangelista, Melo & Martinez-Epinosa, 2023; Santos & Ferla, 2021). Da mesma forma que os modelos regionais de gestão do cuidado são relevantes, igualmente importante é incorporar

o modo de vida das pessoas e suas formas ancestrais de viver e produzir cuidado no cotidiano (Schweickardt, Almeida, Portela & Santos, 2021).

A Atenção Básica (AB) se destacou por ter capacidade resolutiva de agravos, precavendo a evolução e gravidade de casos (Souza, Santos & Coletto, 2021). Nesse sentido, as equipes de saúde, conhecendo a população e o território, foram estratégicas para identificar riscos e vulnerabilidades a que as pessoas, famílias e comunidade estavam expostas. Não se trata apenas de observar riscos biológicos relacionados à Covid-19, mas de perceber, também, as condições de vida que foram responsáveis por potencializar o contato ao novo coronavírus, como as condições de trabalho e transporte público/coletivo (Engstrom *et al.*, 2020; Santos, Santos, Schweickardt & Ferla, 2023).

Além dos profissionais das equipes de saúde dos municípios amazonenses, outros atores compõem a rede para produção do cuidado, como benzedores, curandeiros, pajés, parteiras tradicionais e puxadores de ossos (Schweickardt, Almeida, Portela & Santos, 2021). Desde muito tempo os povos amazônicos têm se utilizado de saberes tradicionais e recursos naturais para curar suas enfermidades (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021). Indígenas, por exemplo, na análise de Amorim, Nunes, Cerqueira e Lima (2021), consideram, muito antes da Constituição Brasileira (1988), que saúde não é apenas o bem-estar físico, mas também aspectos espirituais. Essa concepção define a prática de cuidado no território amazônico e, na rotina de cuidado, estão incluídos recursos, como chás e infusões de plantas da floresta, defumações, xaropes e as “garrafadas”, que combinam plantas medicinais e bebidas alcoólicas, para curar males do corpo e da alma. Essa é a construção das práticas tradicionais de saúde (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021; Schweickardt, Sousa, Nascimento, Gomes & Moraes 2020).

As práticas tradicionais nos remetem à ancestralidade que, por sua vez, nos remetem aos saberes herdados e passados de geração em geração pelas trocas e práticas, os saberes ancestrais. A transmissão das narrativas, conhecimentos, rituais e práticas são passados dos mais idosos aos mais jovens (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021; Brasil, 2010).

Apesar dos saberes e práticas apoiarem a produção local de saúde e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021; Brasil, 2010), os recursos terapêuticos naturais, porém, são contestados pela sociedade científica (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021). Esse pode ser um aspecto da colonialidade sobre a cultura e os saberes tradicionais.

Mas o esforço e atuação nos territórios frente à Covid-19 foram notáveis. O trabalho das parteiras tradicionais mostrou grande capacidade de sustentar o

cuidado às mulheres e crianças, sendo responsável pelas ações de atenção à saúde durante a pandemia (Santos, Menezes, Café, Kadri & Martin, 2022). O trabalho que elas realizam supera condições de sazonalidade do território que, por ora, podem tornar mais restrito o acesso dos usuários aos serviços de saúde, impactando na adesão aos cuidados e nos resultados em saúde. Além disso, o trabalho também mobiliza um cuidado sistematizado como forma de entender, individualmente, quais cuidados cada parturiente necessita (Santos, Santos, Schweickardt & Ferla, 2023; Schweickardt *et al.*, 2020).

A comunidade indígena também teve atuação marcante durante a pandemia de Covid-19. O primeiro caso da doença no Amazonas entre os indígenas foi confirmado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na comunidade indígena São José, no município de Santo Antônio do Içá, Amazonas. Após a divulgação da chegada do novo coronavírus, lideranças indígenas, em conjunto às equipes de saúde, organizaram estratégias para conter o avanço da doença, incluindo divulgação de placas de sinalização para inibir a chegada de visitantes e isolamento social. Mas a falta de condição de isolamento social por muito tempo, como foi a realidade em outros territórios do Brasil, possibilitou a exposição ao vírus quando as pessoas tiveram que voltar à normalidade da vida, antes mesmo da liberação legal e/ou fim das fases mais críticas da pandemia (Amorim, Nunes, Cerqueira & Lima, 2021). Populações indígenas de outros países, como do Canadá, por exemplo, também pensaram e executaram estratégias semelhantes, com o bloqueio de estradas para controlar o acesso às comunidades (Rodriguez & Lacerda, 2021). É notável que os povos indígenas acionaram suas medicinas para enfrentar o vírus.

Mas, de maneira geral, algumas recomendações sanitárias para conter o avanço da doença não estiveram ao alcance de algumas pessoas, sobretudo as mais vulneráveis, sendo incompatíveis com a realidade de vida e de trabalho. Isso fomentou pensar nas questões de desigualdades socioeconômicas.

“Ficar em casa”, uma das recomendações, nem sempre foi uma condição possível ou, quando possível, foi um risco eminente. Santos, Santos, Schweickardt e Ferla (2023) mostram que nem todo trabalho teve condição de migrar seus processos para o modelo remoto. Assim, mesmo durante a pandemia, muitas pessoas deixavam suas casas diariamente para comparecer ao trabalho. Nesse sentido, a exposição ao risco de infecção pelo novo coronavírus esteve em todos os meios que geravam aglomeração, como nos transportes coletivos e nos próprios postos de trabalho. Sem um bloqueio controlado, qualquer espaço de aglomeração de pessoas tornava-se um espaço de contágio de Covid-19.

Além disso, o trabalho é desigual e reforça as iniquidades de gênero, raça e classe social, colocando-nos diante das relações de poder exercido, como evoca Foucault, por alguém que ocupa suposta posição de dominação (Foucault, 1979).

Muitas pessoas com situações contratuais precárias ou mesmo na economia informal foram os mais atingidos seja pelos impactos diretos da Covid-19, ou seja, infecção e morte, ou por impactos econômicos consequentes da crise gerada, como perda de emprego/renda (Carmo, Tavares & Cândido, 2020).

Não é apenas a condição de trabalho e sua natureza que geram o risco de adoecimento. Nas comunidades mais pobres, que apresentam sobreposição de vulnerabilidades, as casas são pequenas e com adensamento de pessoas e, nesse caso, “ficar em casa” significava compartilhar os espaços a todo o tempo, contrariando as recomendações sanitárias (Buss, 2020).

Com relação a população indígena, a maioria vive em casas coletivas compartilhando utensílios domésticos e o mesmo espaço, favorecendo a transmissão viral (Rodriguez & Lacerda, 2021). O isolamento físico ainda nos permite analisar outras questões sobre moradia. População carcerária, pessoas em situação de rua e outros grupos, que têm a ausência ou precárias condições de moradia como marcador da vulnerabilidade social, estiveram expostos ao novo coronavírus e aos determinantes de saúde menos favoráveis consequentes da pandemia.

É importante ressaltar que não há sociedade que viva por muito tempo sem as relações de convivência que se constroem no cotidiano (Carmo, Tavares & Cândido, 2020). Além disso, o isolamento físico não seria capaz de perdurar, visto que houve ausência de políticas sociais que garantissem o isolamento, como, por exemplo, auxílio financeiro e condições de manutenção do vínculo ao trabalho. Dessa forma, o isolamento físico, é útil para conter a Covid-19, mas insuficiente para corrigir um problema crônico no Brasil, a desigualdade social (Batista & Valente, 2021; Santos & Ferla, 2022a).

Outra recomendação, “lavar as mãos”, também foi inacessível em algumas situações. A água não é sempre acessível às pessoas ou, quando acessível, não significa que chega às casas com qualidade. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), cerca de 2,2 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso à água potável; 4,2 bilhões de indivíduos não têm acesso a esgotamento sanitário seguro e 3 bilhões de pessoas não possuem instalações básicas para lavar as mãos de forma adequada. Nos países em desenvolvimento, esse problema está relacionado a 80% das doenças e mortes (FIOCRUZ, 2019).

Na região amazônica, muitas áreas naturais são invadidas e atraem grandes obras e investimentos, fazendo prevalecer interesses privados sobre condições de relevância pública (Santos & Ferla, 2022b). Mais recentemente veio à tona a situação crítica nas terras indígenas dos Yanomami, que está entre as mais impactadas com o desmatamento ilegal na Amazônia brasileira¹. As atividades de garimpo são responsáveis por contaminar a água com metais pesados, tornando-a imprópria para qualquer finalidade. Essas condições agravaram os danos ao ambiente e à saúde das pessoas pela falta de controle do uso e do descarte de rejeitos em áreas naturais. Alguns estudos já associam a relação entre desnutrição e consumo de água em condições impróprias em comunidades Yanomami, no estado do Amazonas (Agência Brasil, 2023; Santos & Ferla, 2022b). O impacto pelo garimpo é real e essa tragédia evidencia a ausência do Estado no cuidado às pessoas.

As atividades relacionadas ao garimpo foram uma via importante para a chegada e transmissão da Covid-19. Geralmente essas atividades estão mais distantes de áreas onde estão instaladas as unidades de saúde com (uma suposta) estrutura e tecnologia para assistência em saúde às pessoas. Dessa forma, casos de doenças em territórios mais inacessíveis dificultam o cuidado sistematizado e o acesso às unidades de atendimento de saúde (Rodriguez & Lacerda, 2021). As atividades de garimpo, além de gerar aglomeração, tendo importância no surgimento e manutenção da pandemia de Covid-19 (e outras), reforçam a falta de condições sanitárias adequadas (Santos & Ferla, 2022b).

Conforme Rodriguez e Lacerda (2021, p. 14),

Uma investigação realizada no país entre os povos indígenas relatou as vulnerabilidades sociodemográficas e sanitárias desses povos, níveis de desnutrição, diarreia e anemia em crianças, além de sobrepeso/obesidade e anemia em mulheres, questões ligadas a sustentabilidade alimentar, atenção básica de saúde, além de contaminações ambientais por atividades garimpeiras e agropecuárias, que se tornam temas centrais na determinação da desigualdade vista na população indígena.

O território amazônico possui grandes áreas florestais e extensa rede hidrográfica, tendo parte da população vivendo em comunidades localizadas às margens das águas, cujos modos de vida são próprios das populações locais (Schweickardt, Sousa, Nascimento, Gomes & Moraes, 2020).

Essa questão aponta a escassez de políticas públicas e ações coletivas que provenham cuidados à saúde das pessoas, mas que considerem as pessoas dos

¹ Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/02/11/terra-yanomami-familias-inteiras-com-covid-onde-o-garimpo-esta-fora-de-controle>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

territórios e suas práticas e saberes ancestrais no sentido de prover a organização de processos mais compatíveis com a ideia da integralidade.

Conclusão

A pandemia de Covid-19 desencadeou crises sanitárias e sociais, provocando mudanças individuais e coletivas como consequência direta. Este capítulo não esgota a discussão acerca da decolonialidade da Covid-19 e, tampouco, de seus impactos. Os desdobramentos da pandemia suscitam análises mais profundas acerca de territórios e das iniquidades em saúde, mas este ensaio funciona como dispositivo para que possamos olhar para os números e analisá-los para além da dimensão puramente quantitativa. Sem uma abordagem contra hegemônica jamais compreenderemos a face mais social da Covid-19 e de outras doenças. A aproximação à Saúde Coletiva é oportuna para essa discussão, considerando que se trata de um campo de práticas e saberes que visam a promoção, a recuperação de saúde e a garantia de qualidade de vida, respeitando as necessidades pessoais e as diversidades e especificidades de cada território.

Essa aproximação nos coloca na direção “tanto em termos de produção do conhecimento como de intervenção de estilos de expressão das diferentes disciplinas incluídas no campo”, como aponta Luz (2009). Nesse sentido, abre-se um espaço para o entendimento de saúde, que não se constitui apenas com a noção do biológico. Nessa perspectiva, há aproximação das condições de fazer uma saúde com a participação de todos e inclusão de todos os saberes, contrapondo a história da colonização, que deixou uma marca negativa e, ainda hoje, influencia as formas de viver e produzir saúde.

Quando se fala em Covid-19 o mundo todo ainda está numa curva de aprendizagem, mas esse aprendizado deve gerar ações em curto tempo e investimento na saúde pública e nas políticas sociais. O SUS tem grande potencial de responder às necessidades da população, melhorando os indicadores de saúde. Assim, a articulação entre Estado e população com os imaginários sociais tem contribuição relevante nesse processo.

Referências

- Agência Brasil. (2023). Yanomami pedem água potável e dizem que garimpo ilegal contamina rios. Recuperado de <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-02/yanomami-pedem-agua-potavel-e-dizem-que-garimpo-ilegal-contamina-rios>
- Amorim, H. G., Nunes, K. A. S., Cerqueira, P. P., & Lima, A. B. A. (2021). Práticas tradicionais de saúde entre indígenas Kokama antes e durante a pandemia da

Covid-19. In: Schweickardt, J. C., Almeida, A. K. P. N., Portela, C. S., & Santos, I. C. P. A. M. (Orgs.). *A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política*. (1a. ed., Cap. 8, pp. 135-148). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Livro-A-Atencao-Basica-num-territorio-em-movimento-dialogos-necessarios-sobre-a-politica.pdf>

Batista, D. R. L., & Valente, J. S. (2021). Prevalência racial nos casos de Covid-19 no estado do Amazonas entre fevereiro e julho de 2020. In: Botelho, J. B. (Org.). *Os primeiros momentos da Covid no Amazonas* (1a. ed., Cap. 3, pp. 51-69). Manaus (AM): Editora UEA, 2021. Recuperado de <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/3359/1/Os%20primeiros%20momentos%20da%20Covid%20no%20Amazonas.pdf>

Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F., Guanillo, M. C. L. T. U., & Pereira, É. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1326-1330.

Biehl, J. (2021). Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos*, 27(59), 337-359. Recuperado de <http://journals.openedition.org/horizontes/5259>

Brasil. Casa Civil. (2016). Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf.

Brito, S. B. P., Braga, I. O., Cunha, C. C., Palácio, M. A. V., & Takenami, I. (2020). Pandemia da Covid-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilância Sanitária em Debate*, 8(2), 54–63.

Buss, P. M. (2020). A Fórceps! Covid-19 e a saúde em todas as políticas. *RADIS*, n. 212, p. 10-15, 2020. Recuperado de https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis212_web.pdf

Carmo, R. M., Tavares, I., & Cândido, A. F. (Orgs.). (2020). *Um Olhar Sociológico sobre a Crise Covid-19 em Livro*, Lisboa, Observatório das Desigualdades. CIES-Iscte. Recuperado de <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/2020/11/29/umolharsociologicosobreaCovid-19emlivro/>.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2019). 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>.

- Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) (2022). Painel por estado: Covid-19. Recuperado de <https://www.conass.org.br/painelconass Covid-19/>.
- Coronavírus Brasil. (2023). COVID 19 – Painel Coronavírus. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/>.
- Dolzane, R. S., & Schweickardt, J. C. (2020). Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação E Saúde*, 18(3), e00288120.
- Ellwanger, J. H., Kulmann-Leal, B., Kaminski, V. L., Valverde-Villegas, J. M., Veiga, A. B. G. D., Spilki, F. R., Fearnside, P. M., Caesar, L., Giatti, L. L., Wallau, G. L., Almeida, S. E. M., Borba, M. R., Hora, V. P., & Chies, J. A. B. (2020). Beyond diversity loss and climate change: Impacts of Amazon deforestation on infectious diseases and public health. *Anais Da Academia Brasileira de Ciências*, 92(1), e20191375. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0001-3765202020191375>
- Engstrom, E., Melo, E., Giovanella, L., Mendes, A., Grabois, V., & Mendonça, M. H. M. (2020). Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. OBSERVATÓRIO Covid-19. Fiocruz. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2020. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41404/RecomendacoesAPSEenfrentamento Covid-19.pdf?sequence=2>.
- Evangelista, R. C., Melo, C. S., & Martinez-Espinosa, F. E. (2023). A longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da Covid-19. In: *Contribuições da pós-graduação na superação dos desafios em saúde pública na Amazônia*. Campina Grande: Editora Amplla, 2023. Recuperado de <https://ampllaeditora.com.br/books/2023/02/IVEncontro FioCruzAmazonia.pdf>.
- Ferreira, A. C. (2014). Colonialismo, capitalismo e segmentaridade: nacionalismo e internacionalismo na teoria e política anticolonial e pós-colonial. *Sociedade E Estado*, 29(1), 255-288. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0102-69922014000100013>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM). Painel de monitoramento de Covid-19 em indígenas no Amazonas. (2023). Monitoramento da Covid-19 em indígenas no estado do Amazonas. Recuperado de <https://www.transparencia.am.gov.br/ Covid-19/monitoramento- Covid-19/#painel-de-monitoramento-de- Covid-19-em-indigenas-no-amazonas>.
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz. (2019). Saúde e Sustentabilidade. Cerca de 2,2 bilhões de pessoas não têm água potável no mundo, aponta relatório da ONU. Recuperado de <https://cee.fiocruz.br/?q=agua-potavel-no-mundo>.
- Henriques, I. C. Colonialismo e história. (2015). Recuperado de <https://www.repository .utl.pt/bitstream/10400.5/7815/1/WP132.pdf>

- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2022). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>.
- Lima, N. T., Buss, P. M., & Paes-Sousa, R. (2020). A pandemia de Covid-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00177020.
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde E Sociedade*, 18(2), 304-311. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000200013>
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte E Ensaios*, 2(32), 122-151.
- Merhy, E. E. (3ª Ed). (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec,
- Mignolo, W., & Walsh, C. E. (2018). *On decoloniality: Concepts, analytics, praxis*. Duke University Press.
- Morin, E. (1ª ed.). (2020). *É hora de mudarmos de via as lições do coronavírus*. Bertrand.
- Oliveira, E. S., & Lucini, M. (2021). O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. *Boletim Historiar*, 8(01), 97-115.
- Orellana, J. D. Y., Cunha, G. M. da, Marrero, L., Moreira, R. I., Leite, I. da C., & Horta, B. L. (2021). Excesso de mortes durante a pandemia de Covid-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(1), e00259120.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Rodriguez, K. L., & Lacerda, T. C. (2021). Covid-19 em indígenas no estado do Amazonas. In: Botelho, J. B. (Org.). *Os primeiros momentos da Covid no Amazonas. – Manaus (AM): Editora UEA*. Recuperado de <http://repositorio.institucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/3359/1/Os%20primeiros%20momentos%20da%20Covid%20no%20Amazonas.pdf>.
- Rugendas, J. M. (1835). (1802-1858). *Voyage pittoresque dans le Brésil*. Paris: Engelmann. Recuperado de [https://www.christies.com/en/lot/lot-6157312#:~:text=1802%E2%80%931858\),Voyage%20pittoresque%20dans%20le%20Br%C3%A9sil,Langsdorff%20au%20Br%C3%A9sil%20en%201822](https://www.christies.com/en/lot/lot-6157312#:~:text=1802%E2%80%931858),Voyage%20pittoresque%20dans%20le%20Br%C3%A9sil,Langsdorff%20au%20Br%C3%A9sil%20en%201822)
- Santos, F. V., Menezes, K. L., Café, D. C. S., Kadri, M. R., & Martin, F. M. (2022). Apontamentos sobre as práticas de enfrentamento à Covid-19: proteção coletiva e resistência em Tefé/Am. In: Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Lemos, S. M., Guedes, T. R. O. N., & Reis, A. E. S. (Orgs.). *Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato* (1a. ed., Cap. 14, pp. 237-250). Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Vidas-Indigenas-Importam.pdf>.

- Santos, W. P. Santos, I. C. P. A. M., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2023). Condições de trabalho e a expressão do colonialismo na pandemia de Covid-19. In: Contribuições da pós-graduação na superação dos desafios em saúde pública na Amazônia. Campina Grande: Editora Amplla. Recuperado de <https://ampllaeditora.com.br/books/2023/02/IVEncontroFioCruzAmazonia.pdf>.
- Santos, W. P., & Ferla, A. A. (2022a). Estágio docente em Biologia durante a pandemia de Covid-19: novas relações de trabalho impostas pelo vírus da desigualdade e a aprendizagem em ato. In: Ferla, A. A.; Funghetto, S. S. (Orgs.). Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças (2a. ed., Cap. 16, pp. 245-262). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Livro-Reflexoes-sobre-Formacao-em-Saude-trajetorias-e-aprendizados-no-percurso-de-mudancas.pdf>.
- Santos, W. P., & Ferla, A. A. (2022b). Mineração predatória e saúde: uma revisão sobre os efeitos ambientais e sanitários. In: Encontro Regional Norte 2022 da Rede Unida, 2021, Porto Alegre. Anais..., Editora Rede Unida, p. 106-8. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/84>.
- Santos, W. P.; & Ferla, A. A. (2021). O impacto da pandemia de Covid-19 nas linhas de cuidado para acompanhamento às mulheres com câncer de colo uterino ou suas lesões precursoras. In: Encontro Regional Sul 2021 da Rede Unida, 2021, Porto Alegre. Anais..., Editora Rede Unida, p. 265-67. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4013>.
- Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., & Moraes, T. S. (Orgs.). (2020). Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde. 1ed. – Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-PARTEIRAS-TRADICIONAIS-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude.pdf>
- Schweickardt, J. C., Almeida, A. K. P. N., Portela, C. S., & Santos, I. C. P. A. M. (2021). A Atenção Básica no território em movimento: diálogos necessários sobre a política. In: Schweickardt, J. C., Almeida, A. K. P. N., Portela, C. S., & Santos, I. C. P. A. M. (Orgs.). A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política (1a. ed., Cap. 1, 13-28). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Livro-A-Atencao-Basica-num-territorio-em-movimento-dialogos-necessarios-sobre-a-politica.pdf>.
- Schweickardt, J. C., Rivas, R. D. S. J., Pereira, M. M., Gomes, L. E., Xerez, L., Silva, S. C., Reis, A. E. S., Costa, G. D. F., & Almeida, V. F. (2020). Construções, Formações, Encontros, Diálogos e Trocas de Saberes com as Parteiras Tradicionais no estado do Amazonas. In: Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., & Moraes, T. S. (Orgs.). Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde (1.ed., Cap. 18, pp. 236-250). Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020.

Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-PARTEIRAS-TRADICIONAIS-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude.pdf>.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Ferla, A. A. (Orgs.). (2021). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. 1.ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-ED.16-Mais-Medicos-na-Amazonia-Efeitos-no-Territorio-Liquido-e-suas-gentes-compactado.pdf>

Silva, A. R. P., & Mascarenhas, S. A. (2018). Implicações do pensamento decolonial para a educação amazônica. *Multidebates*, 2(2), 202-218. Recuperado de <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/101>

Souza, N. O., Santos, J. B. R., & Coletto, Y. C. (2021). Legislação do SUS: comentada e esquematizada. 4ª Ed. – Salvador, BA: Editora Sanar.



A violência de gênero em comunidades ribeirinhas na Amazônia: relato de pesquisa em um assentamento agroextrativistas do Amapá

Antonio Carlos Sardinha
Patrícia Rocha Chaves
Nelma Nunes da Silva
Ana Cristina de Paula Maués Soares
Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues

Introdução

O capítulo apresenta versão sintetizada de resultados gerais de uma frente de investigação sobre caracterização da violência de gênero no contexto das comunidades ribeirinhas e rurais do Amapá, realizada no âmbito do projeto de pesquisa financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão compartilhada em Saúde/PPSUS.¹

A proposta geral do projeto foi identificar especificidades da problemática da violência de gênero, bem como apresentar percepções e experiências de mulheres em situação de violência no acesso ao atendimento pelos serviços de saúde em quatro comunidades do Amapá: Projeto de Assentamento de Reforma Agrária Bom Jesus dos Fernandes, no município de Tartarugalzinho; Quilombo Lagoa dos Índios, município de Macapá; Assentamento Agroextrativista Foz do Mazagão, na cidade de Mazagão e, por fim, a região ribeirinha do Arquipélago do Bailique.

Para efeitos de delimitação e problematização, destacamos relatos de pesquisa de campo, com respectivas inferências, envolvendo o assentamento agroextrativista Foz do Mazagão, no município de Mazagão, Amapá. Na primeira parte do texto, estão dados gerais que permitem configurar a área de pesquisa, assim como metodologia empregada para coleta de dados. Em um segundo momento, apresentamos relatos descritivos, que destacamos como representativos para compreensão do que delineamos como contexto cultural e institucional de proteção à violência de gênero no território, com observações gerais sobre:

a) configuração do fenômeno da violência contra mulheres ribeirinhas;

¹ Projeto de Pesquisa – Mapeamento e caracterização da violência de gênero no contexto das comunidades ribeirinhas e rurais do Amapá (Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão compartilhada em Saúde/PPSUS, 5ª Edição no Estado do Amapá – Seleção por chamada pública sob o nº. 003/2020). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Amapá (Processo/Comissão de Ética/Unifap: Processo nº CAAE 38064620.0.0000.0003)

b) ponderações sobre a política de atendimento à saúde e sobre atuação da rede de proteção às mulheres vítimas de violência na comunidade ribeirinha;

Partimos do entendimento de que a violência de gênero se constitui em “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º Convenção de Belém do Pará, 1994).

Essa compreensão de violência de gênero, por sua vez, estrutura-se na ideia de que aspectos culturais envolvendo a constituição do gênero como marcador social e da violência como fenômeno social têm implicações para a compreensão da natureza e a especificidade da violação de direitos da mulher em contextos específicos, como comunidades rurais e ribeirinhas. Do mesmo modo que a ausência de compreensão das dimensões socioculturais dos processos de violação de direitos da mulher nesses territórios afeta a ação dos serviços de proteção instituídos no âmbito da Rede de Atendimento à Mulher (RAM), vítima de violência doméstica, familiar e sexual no Estado do Amapá, integrada por distintas instituições e serviços, dentre eles organizações e serviços do Sistema Único de Saúde, com papel estratégico no atendimento desse público.

Partimos do pressuposto da invisibilidade da mulher rural e ribeirinha no contexto das políticas públicas de saúde e das restrições de profissionais e gestores em compreender a especificidade e a modalização da violência de gênero envolvendo esse segmento, o que impacta não apenas no acesso aos serviços para atenção aos agravos e danos à saúde física e mental, como também na produção de protocolos que desconsideram a dinâmica e a especificidade das estruturas de violação de direitos em uma dada dimensão geográfica-cultural.

A presente investigação observa, sob uma perspectiva conceitual, as relações desiguais de gênero, em contextos culturalmente situados, como fatores para observar os processos de adoecimento e as estratégias de atenção à saúde. Sob essa perspectiva, pontuamos a ausência de estratégias de atenção e promoção do direito à saúde de mulheres rurais e ribeirinhas do Amapá, somada à invisibilidade desse grupo no contexto das estratégias estruturais das políticas de proteção contra a violência de gênero, organizada na rede estadual de proteção, especialmente no conjunto das políticas estaduais de saúde.

Sobre a realidade amazônica, há de se fazer menção que a maioria dos estudos referentes às mulheres problematizam aspectos como religião, simbolismo, meio ambiente, processo de trabalho e participação política (Motta-Maués, 1999; Simonian, 2011; Maneschy, 2013; Álvares, 2014; Aragão, 2019). E dentre os poucos trabalhos que abordam a violência contra mulher na Amazônia, a tendência se volta

para os centros urbanos no contexto de uma onda modernizadora do capitalismo (Sousa *et al.*, 2018; Álvares, 2014; Guedes e Moreira, 2009). A história das populações tradicionais ribeirinhas, quilombolas, indígenas, entre outras, configura-se como uma história de negação de direitos. Esta subalternização e sujeição do trabalho feminino, sob uma exploração de seus corpos no processo de colonização e produção capitalista do território, permearam por muito tempo essa prática abusiva.

A população do Amapá é de 771.000 habitantes, sendo que 668.000 são considerados residentes de áreas urbanas; 103.000 de áreas rurais. Nas áreas urbanas, 330.000 são homens e 338.000 mulheres. Nas áreas rurais, 54.000 homens e 49.000 mulheres (IBGE, 2015). A maior parte das cidades amapaenses margeia os rios; isto configura, até certo ponto, uma cultura ribeirinha de existir e habitar o território. Há assentamentos e quilombos que estão localizados em áreas chamadas urbanas, ou mesmo dentro da própria capital Macapá. Sobre as realidades dos assentamentos, constata-se que atualmente o Amapá possui 54 assentamentos rurais considerados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA, 2016) como assentamentos de reforma agrária, distribuídos pelos seus 16 municípios, com população de 14.826 famílias camponesas. Em se tratando dos quilombos, também não se verificam grandes diferenças, tanto na situação de regularização territorial, quanto nas políticas fundamentais à sustentabilidade de suas populações (Filocreão & Silva, 2016). Até 2011, foram identificadas 138 comunidades remanescentes de quilombolas no estado do Amapá, sendo que deste universo, 30 já têm a certidão de autorreconhecimento emitida pela Fundação Cultural Palmares – FCP.

Observando a concepção e organização das políticas públicas de saúde no estado, identificamos que, nos últimos planos estaduais de saúde do Amapá (2020-2023/2024-2027), as referências aos territórios rurais e ribeirinhos são dispersas e pontuais, historicamente permeados por limitações que envolvem problemas estruturais, disponibilidade de recursos humanos e escassa cobertura na atenção primária. Em 2003, o Ministério da Saúde já indicava, no âmbito da Área Técnica de Saúde da Mulher, a necessidade de articulação para ações em saúde que observassem, entre outros grupos, as mulheres rurais, negras e indígenas (Brasil, 2004). Acrescentamos para efeitos de contextualização que a interface dos serviços de saúde integrantes da RAM – Rede de Atendimento à Mulher, vítima de violência doméstica, familiar e sexual no Estado do Amapá nesses territórios rurais e ribeirinhos também é frágil e, apesar das diretrizes e ações nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (Brasil,

2011), reconhece-se a escassez e dispersão de dados e diagnósticos sobre a violência contra mulheres rurais e das florestas no Amapá.

A Rede de Atendimento à Mulher (RAM) do Amapá foi criada pela Lei Estadual 1764/13, que institui protocolos e estratégias de atendimento em rede a mulheres vítimas de violência doméstica, familiar e sexual. A lei inclui, dentre instituições e políticas públicas, os serviços de saúde como elos estratégicos de promoção do atendimento em rede.

Em se tratando do Amapá, a ausência de notificação de violência contra mulheres é um problema associado à dispersão, falta de tratamento, transparência e divulgação de dados, além da ausência de integração das escassas bases de dados oficiais (registros policiais, informações do sistema de justiça e informações em cadastros das políticas públicas com inserção territorial, como são as políticas de saúde e assistência social).

As fragilidades no atendimento, bem como ausências identificadas do segmento de mulheres ribeirinhas nos planos e ações públicas locais, resultam da inviabilidade e falta de registros e notificações envolvendo esse segmento por parte do próprio Estado.

Metodologia, objeto e campo de pesquisa

Em linhas gerais, a investigação concentrou-se em duas etapas fundamentais: a) pesquisa documental em distintas bases de dados e fontes de informação oficial; e b) entrevistas em campo com atores estratégicos do território (lideranças, agentes públicos e atores com atuação nas políticas públicas existentes no território como escolas, unidades básicas de saúde, delegacias e serviços de assistência social), além de entrevistas com mulheres que estiveram dispostas a contribuir com a investigação.

O histórico do município de Mazagão, um dos mais importantes do estado, está ligado à criação do povoado de Mazagão Velho, na década de 1770, e tinha como finalidade abrigar as primeiras famílias de portugueses oriundos da África. Após os vários processos de colonização e de desenvolvimento de Mazagão, em 28 de 1890 foi elevado à condição de município. Com o desmembramento das terras do município de Mazagão para a criação dos municípios de Laranjal do Jari e Vitória do Jari, a extensão territorial do município passou a ser de 13.294,778 km² (IBGE, 2022), com uma população estimada de 21.918 habitantes (IBGE, 2022).

A sede do Município está localizada em Mazagão Novo, que fica a 31 quilômetros da capital e concentra grande parte da população, estimada em 19.981 habitantes. Economicamente, Mazagão já foi conhecido pela sua agricultura e pelo

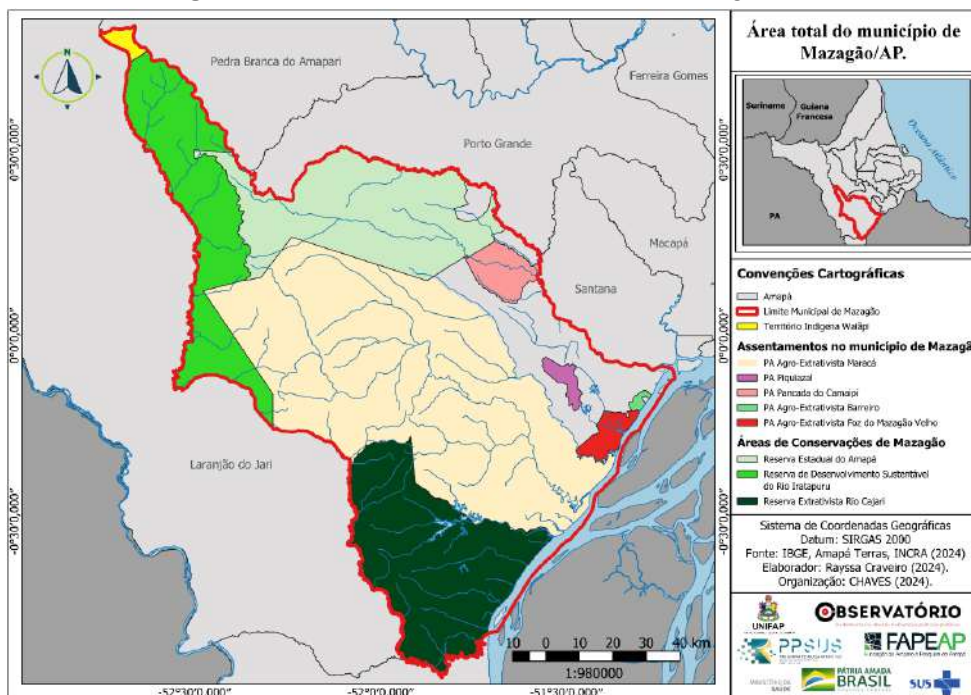
destaque no setor oleiro-cerâmico, ambos em declínio na região. Na atualidade, o setor público, especialmente municipal, é a base da economia local, como em todo estado do Amapá. No extrativismo, destacam-se a coleta da castanha do Brasil, a extração de madeira para a fabricação do carvão e de móveis e, ainda, a extração do látex da seringueira, comercializada fora do Estado. “Enquanto em muitas áreas da Amazônia a atividade extrativista do látex começava a enfraquecer, na várzea ela dominou a economia local e atraiu famílias, principalmente vindas das ilhas do Pará para o local” (Lomba; Fonseca, 2017, p.263).

Lomba e Fonseca (2017) descrevem sistematicamente o processo histórico da organização social no município de Mazagão, período em que as famílias se dividem na organização das comunidades:

O povoamento das duas áreas e a evolução desses ambientes ocorre de formas diferentes. Enquanto na área de terra firme, o espaço ia ganhando formas urbanas, na área de várzea as formas permaneciam rurais. Com isso, na década de 1980, dois sistemas econômicos diferentes foram estabelecidos em Carvão e separou a comunidade em duas: Carvão e Mutuacá (Lomba; Fonseca, 2017, p.264).

A dinâmica dos próximos anos permitiu que o município de Mazagão concentrasse em sua área total vários projetos de assentamentos agroextrativistas, projetos de assentamento de reforma agrária, reservas ambientais e ainda uma pequena parte do território indígena Waiãpi (Figura 01).

Figura 01: Área total do município de Mazagão/AP.



Fonte: Chaves, P. R., & Craveiro, R. (2023a).

Nessa diversidade de formas da organização territorial a partir da década 80, o governo do Amapá passou a investir no modelo de reservas agroextrativistas, usufruto das populações tradicionais. De acordo com o art. 3º da Lei de Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais – PNPCT, são pressupostos para a organização territorial:

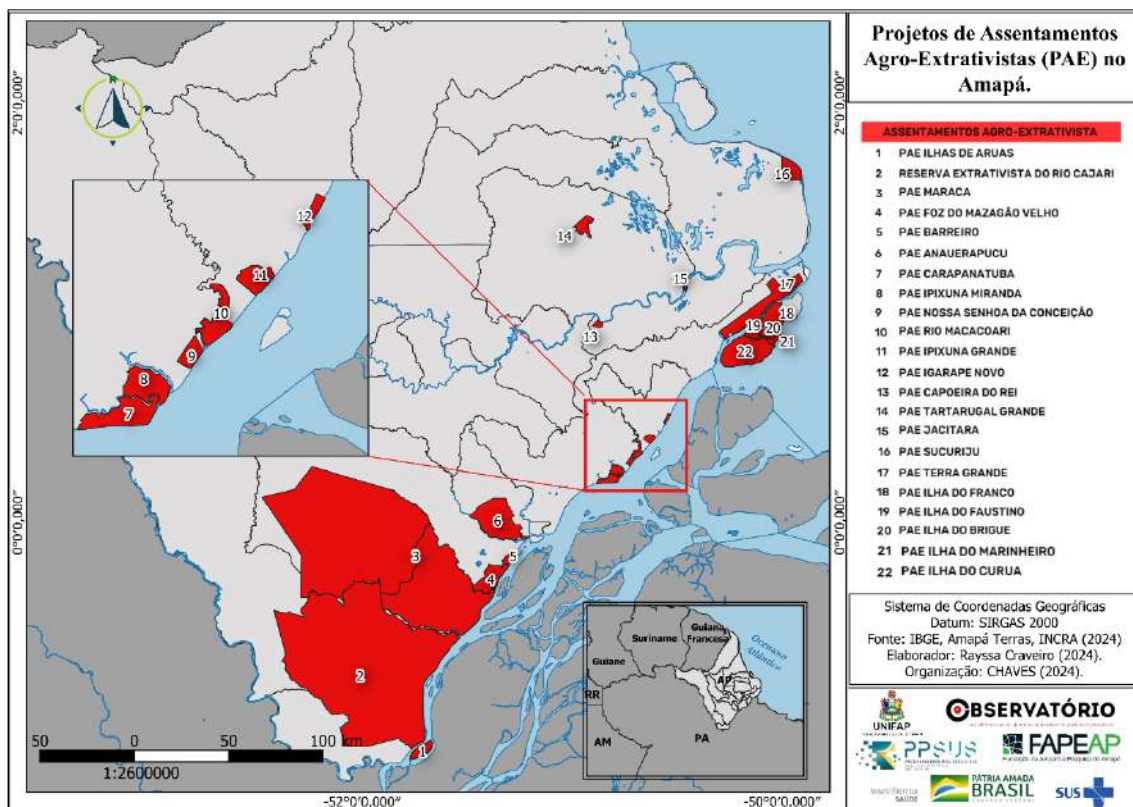
- I. **Povos e Comunidades Tradicionais:** grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição;
- II. **Territórios Tradicionais:** os espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os arts. 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações;
- III. **Desenvolvimento Sustentável:** o uso equilibrado dos recursos naturais, voltado para a melhoria da qualidade de vida da presente geração, garantindo as mesmas possibilidades para as gerações futuras.

Segundo Filocreão (2007), no final da década de 1980 foram criados os primeiros Projetos de Assentamentos Extrativistas (PAE) sob a administração do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), e no início da década de 1990, as Reservas Extrativistas (RESEX), de responsabilidade do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA).

No estado do Amapá, as ações do governo federal evidenciam-se já nos finais da década de 80 e início dos anos 90 com a criação dos PAEs Maracá e da Resex Cajari como consequências das lutas políticas das populações agroextrativistas locais (castanheiros, seringueiros e ribeirinhos) e seus aliados nacionais e internacionais. Como resultado desses embates, inicia-se, ainda de forma tímida, os investimentos públicos de natureza federal e estadual no apoio ao extrativismo vegetal no espaço de abrangência da reserva e dos assentamentos extrativistas, porém, os investimentos federais tornam-se mais expressivos após a Eco 92, com a criação do Centro Nacional do Desenvolvimento Sustentável das Populações Tradicionais (CNPT) no IBAMA, que vai coordenar os investimentos de recursos do Projeto Reserva Extrativista do Programa Piloto de Proteção das Florestas Tropicais (PPG-7) na Reserva Extrativista do Rio Cajari (Filocreão, 2007, p. 21-22)

No decorrer dos anos, essa política se desenvolveu e atualmente consta o quantitativo de vinte e dois assentamentos da modalidade agroextrativistas no estado (Figura 02).

Figura 02: Projetos de Assentamentos Agroextrativistas no Amapá.



Fonte: Chaves, P. R., & Craveiro, R. (2023b).

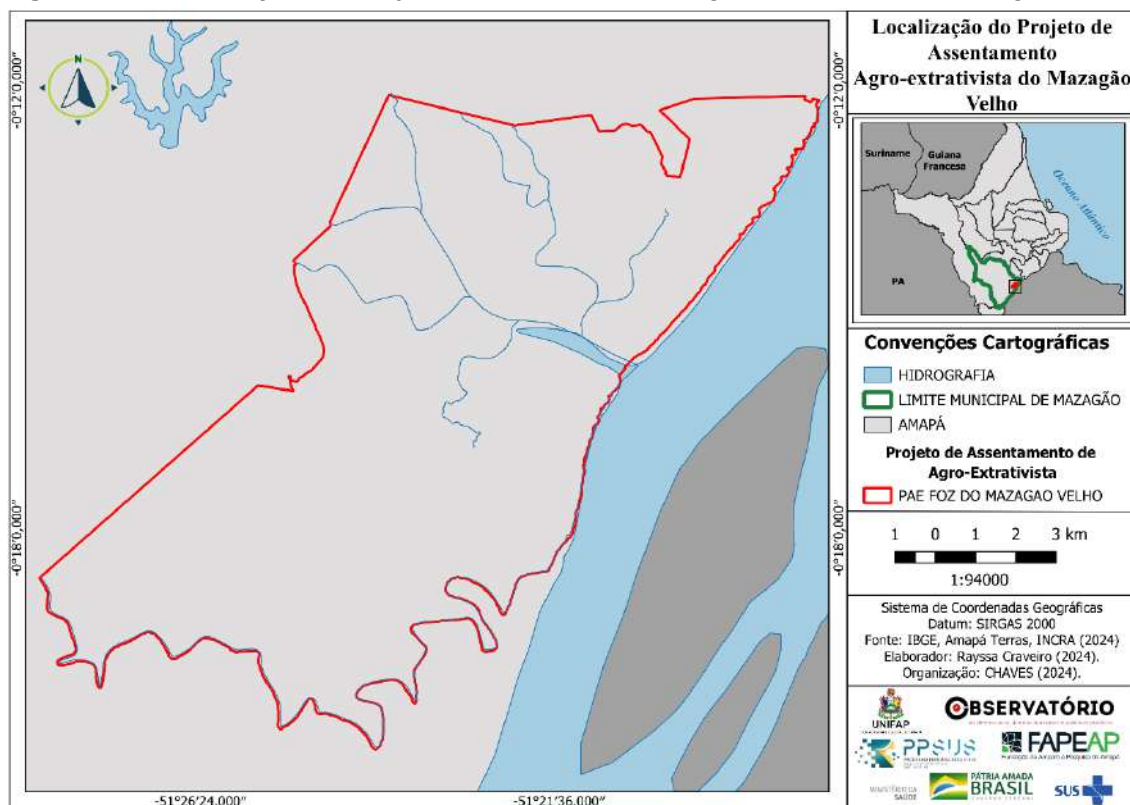
Observemos que a maior parte dos assentamentos agroextrativistas do Amapá localiza-se em áreas de marinha, portanto, dependentes da transferência da gestão da área ou de anuências quanto à criação do assentamento, que estejam sob a jurisdição da Superintendência do Patrimônio da União – SPU, áreas denominadas “terrenos de marinha”. As autorizações de uso individuais expedidas pela SPU serão incorporadas na concessão de uso coletivo, uma política inovadora no que se refere à organização territorial dos assentamentos na Amazônia. Implicou na demanda coletiva da população extrativista que, ao invés de exigir propriedades individuais, colocou como pressuposto da organização social o uso coletivo da floresta e dos rios.

Segundo o INCRA, os assentamentos agroextrativistas (PAEs) têm suas atividades baseadas na extração de recursos naturais sustentáveis. A titulação é chamada de Contrato de Concessão de Uso – CCU, nesse caso não é outorgado o título de domínio, mas o documento tem o mesmo valor de outros documentos de titulação do INCRA.

Nesse contexto, o Assentamento Agroextrativista Foz do Rio Mazagão foi criado em 2012 com uma área de 14 mil hectares, sendo que o histórico da ocupação nas margens do Rio Mazagão, data de 1960, com famílias oriundas, na grande maioria, do estado do Pará, motivadas principalmente pela exploração de madeira,

da seringueira e pela exploração dos recursos pesqueiros, sobretudo de camarão e peixes como pescada branca, pescada amarela, pirarucu, entre outros. Portanto, a criação do assentamento configurou-se como uma política de reconhecimento e regularização de uma área já ocupada por populações extrativistas. Atualmente, o açaí é um importante componente de exploração pela comunidade, tanto para alimentação da comunidade quanto para a venda de excedentes.

Figura 03: Localização do Projeto de Assentamento Agroextrativista do Mazagão Velho.



Fonte: Chaves, P. R., & Craveiro, R. (2023c).

O processo de criação do assentamento ocorreu em detrimento da reivindicação dos moradores da comunidade ribeirinha já estabelecida no local, cuja sobrevivência depende particularmente das atividades extrativistas. Nesse sentido, era necessário, para o acesso a políticas públicas de desenvolvimento rural, a segurança jurídica da democratização e a regularização de suas áreas, assim como a regularização de manejo florestal junto aos órgãos ambientais, bem como benefícios sociais e acesso aos direitos de créditos do Programa de Reforma Agrária. O Instituto Nacional de Reforma Agrária (INCRA) tramitou o processo requerendo a anuência da SPU, por conta da natureza jurídica da área. Como área de marinha é considerada inalienável, a Gerência Regional de Patrimônio da União

(GRPU) autorizou o INCRA a criar o projeto de assentamento Agroextrativista Mazagão Velho.

No levantamento ocupacional realizado pelo INCRA no período, a comunidade era composta por aproximadamente 130 famílias. Entretanto, a associação de mulheres realizou um levantamento de forma autônoma recentemente e constatou que esse número aumentou nos últimos anos para aproximadamente 600 famílias. Nesse caso, o pedido de reconhecimento dos extrativistas que residem no PAE, mas não tem o Registro Geral – RG, precisa retornar ao Incra e com isso garantir o direito de posse para as famílias que moram tradicionalmente na área, permitindo o acesso às políticas públicas para assentados de reforma agrária.

É importante ressaltar que a organização dos assentados, até o ano de 2017, dividia-se em duas associações, a Aflomaza (Associação Agroflorestal Baixo Amazonas), cujo objetivo era organizar a gestão econômica e produtiva do assentamento e a Ampafoz (Associação das Mulheres Produtoras de Foz de Mazagão). A Ampafoz recebe apoio das pastorais da igreja católica e orienta as mulheres sobre formas preventivas de gravidez, doenças, alimentação de recém-nascidos, com a doação de suprimento alimentar, realização de cursos sobre hábitos de higiene, culinária, artesanato e sobre produção sustentável do açaí e camarão, dentre outros. Sobre o fato de os ribeirinhos terem se organizado socialmente, podemos afirmar que o surgimento das associações contribuiu para a melhoria na qualidade de vida dos moradores, inserção das mulheres na atividade extrativista do camarão e aquisição de bens materiais e ferramentas para o desenvolvimento das atividades econômicas (Lomba & Ferreira, 2017).

A Associação de Mulheres Produtoras Extrativistas da Foz do Mazagão (AMPAFOZ) e a organização da infraestrutura urbana no assentamento

A Associação Agroextrativista Foz do Rio Mazagão Velho – Ampafoz, criada em 2002, surgiu a partir da necessidade das assentadas, principalmente, de participarem do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), em especial para a comercialização de açaí. “Foi criada para o empoderamento das mulheres”, afirmou Luana, uma das lideranças da associação de mulheres. “A associação corre atrás dos benefícios da comunidade. Ela está em função da conjuntura da comunidade” (Chaves, Nunes & Maués, 2023).

A associação atualmente possui 120 mulheres associadas. Conforme lideranças das comunidades, as mulheres perceberam que já eram produtoras e começaram a pensar numa forma em que pudessem ser reconhecidas como tal.

“Elas eram parte da família, elas agregavam à família, ou seja, não era só o chefe da família que agregava” (Chaves, Nunes & Maués, 2023).

As mulheres de Foz do Mazagão trabalham em todos os setores do extrativismo, desde o açaí à pesca do camarão. Sob as orientações da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), iniciaram a organização com um número de vinte mulheres. A Aflomaza, por conta da inadimplência, teve que recuar da gestão do assentamento deixando essa função sob a responsabilidade da Ampafoz. São várias as iniciativas das mulheres para organizar o assentamento. Por meio de uma parceria com a Sambazon do Brasil Agroindustrial LTDA (empresa de fabricação de sorvetes), a associação conseguiu a infraestrutura da escola municipal. O espaço onde deveria estar localizada a associação foi cedido, posteriormente, para o município implementar uma escola.

A escola local se apresenta de modo geral em estado precário, seja pelas frágeis condições sanitárias da água utilizada, que na maioria das vezes é do rio ou do igarapé e quase sempre sem tratamento adequado, seja pelas condições físicas, incluindo a falta de espaços (habitações) adequados para receber professores. Em relação ao transporte escolar, conforme pesquisa de campo com os ribeirinhos da área, é realizado apenas pelo rio, por meio de embarcações (catraias) disponibilizadas pela prefeitura.

Os ribeirinhos relataram que o transporte escolar não constitui um problema, e sim as condições da escola. O Ensino Médio não é contemplado na área ribeirinha da comunidade localizada na foz do Mazagão Velho, sendo, portanto, necessário o deslocamento dos estudantes para a sede do município ou mesmo para Macapá (INCRA, 2017).

Uma questão que as mulheres apresentam como marcante na dinâmica das atividades da associação é a busca da formação profissional, ação que ficou comprometida com afastamento das entidades que promoviam os cursos de capacitação. A absorção das funções produtivas fez com que a associação retirasse o foco das outras necessidades específicas das mulheres, como o problema da violência. No entanto, a organização político-produtiva fez com que houvesse a reabertura do posto de saúde local. Da mesma maneira que nas demais comunidades ribeirinhas, a demanda de profissionais no equipamento é enorme. A indisponibilidade dos serviços ofertados é um dos grandes problemas para a comunidade. No posto de saúde atuam técnicas de enfermagem com oferta apenas de procedimentos como curativos, mensuração de pressão arterial e entrega de medicamentos.

Um dado importante oferecido pelas associadas é que cada vez mais vem aumentando o número de mães solo e viúvas dentro do assentamento, o que demanda de políticas para saúde sexual e reprodutiva e políticas sociais para esse segmento da população na comunidade.

Figura 04: Unidade Básica de Saúde em Foz do Mazagão.



Fonte: Chaves, Nunes & Maués, 2023.

As condições de acesso ao sistema de saúde convencional da população ribeirinha são deficitárias, principalmente levando-se em conta a baixa densidade demográfica dessas áreas e as grandes distâncias em que estas se encontram dos núcleos populacionais que dispõem de recursos médicos. Os casos de emergência, quando se dispõe de transporte, são encaminhados ao posto de saúde localizado em Mazagão Velho ou hospital de Mazagão (sede). Quando se refere aos casos de emergência de maior complexidade, os ribeirinhos informaram que precisam se encaminhar aos municípios de Santana ou de Macapá, na região metropolitana. Provavelmente em função da precariedade do serviço médico, vê-se destacado o uso da medicina caseira de base natural, com utilização das essências animais e vegetais, em especial, cascas, gorduras, folhas, raízes, ervas e outros. Destaca-se também a importância das parteiras tradicionais que prestam serviços de grande relevância (INCRA, 2017).

Uma conquista da associação de mulheres foi um posto policial dentro do assentamento. Em trabalho de campo, estivemos no equipamento público da comunidade. O membro da corporação em serviço nos informou que havia apenas três meses que ele estava no posto policial e que os agentes têm uma rotina para realização da vigilância nas comunidades. Apresentou-nos também a ficha de ocorrências não preenchida, mas, segundo ele, apenas um modelo para sabermos

como é realizado o registro das ocorrências. Na lista de itens de ocorrências, o agente informou que os problemas notificados têm relação com brigas de vizinhos, brigas por motivos de embriaguez, às vezes, brigas de casal, mas, que quase nunca há denúncias formalizadas de violência doméstica.

A violência de gênero Assentamento Agroextrativista Foz do Rio Mazagão

Para efeitos de registro, a comunidade de Foz do Mazagão se destaca pelo protagonismo de mulheres na organização produtiva no território, aspecto que nos motivou a observar a comunidade e a forma como se estrutura a problemática da violência de gênero. Nesse aspecto, causa estranhamento aos olhos dos pesquisadores a dificuldade de uma associação de mulheres produtoras extrativistas de discutir violência de gênero, apesar de densa organização no âmbito produtivo.

Neste tópico de análise qualitativa, sintetizamos as observações em duas dimensões, apresentadas de forma resumida como:

- a) a configuração do fenômeno da violência de gênero no território, que se constitui a partir da invisibilidade consentida e estrategicamente regulada e publicizada do problema na comunidade ribeirinha;
- b) ponderações, a partir de constatações empíricas, em torno das políticas públicas de atendimento à violência de gênero nos territórios em estudo, que se articula à histórica e orgânica problemática de articulação das redes de atendimento à mulher, com destaque para a fragilidade das políticas de saúde em se inserir na rede oficial de atendimento à mulher (RAM) em todo o estado do Amapá;

Optamos por entrevistas individuais com a presidente da associação, com a tesoureira que também é coordenadora pedagógica da escola local, que de antemão antecipou a dificuldade de abordar temas como o da violência contra mulher em reuniões ou formações ofertadas pelas instituições e organizações locais.

Eu mesma quando estive fazendo minha pesquisa de TCC sobre soberania alimentar quis entrar nessas questões mais latentes e elas se negaram completamente a responder sobre isso. É uma situação que é velada mesmo. Elas não falam. Se você marca alguma atividade para tratar desse tipo de assunto, elas não vêm mesmo (Relato de Entrevista). (Chaves, Nunes & Maués, 2023).

Foram inúmeras negociações e tentativas para realizarmos uma atividade coletiva ou para aplicação de grupo focal ou uma roda de conversa. No entanto, a coleta de informações foi qualificada na medida em que fomos entrevistando ou

fazendo conversas informais. Nesse caso, algumas profissionais da educação ou da área da saúde trouxeram elementos sobre o tema da violência de gênero.

A presidente da Ampafoz denunciou o que podemos identificar como misoginia por parte de homens da comunidade que a tentam deslegitimar por estar à frente da associação. Da mesma maneira, afirmou que não é fácil dentro de seu ambiente privado enfrentar os questionamentos por ocupar o cargo de liderança.

Não conseguimos mensurar as entrelinhas da organização da associação, ou seja, as disputas políticas que permearam a organização político-produtiva das mulheres no assentamento não foram evidenciadas nas entrevistas. Há abertamente uma grande disposição em construir e discutir questões e proposições no que se refere à produção econômica e à organização política. O mesmo não ocorre quando as pautas se referem aos direitos das mulheres no espaço doméstico, ou até mesmo a certas situações de discriminação no espaço público pelo protagonismo e liderança política exercidos por figuras femininas.

Entretanto, na tabela abaixo, podemos observar em 2020/2021, no município de Mazagão, que ao menos cinco comunidades apresentaram ocorrências de violência de gênero; o que não se pode precisar são os critérios conceituais e espaciais estabelecidos pelo Tribunal de Justiça do Amapá para identificar e registrar esses casos de violência. Em 2020, foram 19 registros e, em 2021, 40. Também não é possível saber se os registros do assentamento constam no item “zona rural” ou no distrito de Mazagão Velho.

Tabela 01: Registro de Violência de Gênero nos territórios rurais.

Município	PA	Registros de Violência de Gênero no campo 2020	Feminicídio no campo 2020	Registros de Violência de Gênero no campo 2021	Feminicídio no campo 2021
Laranjal do Jarí	RESERVA EXTRATIVISTA DO CAJARÍ	28		30	
PORTO GRANDE	CUPIXI	4		2	
PORTO GRANDE	MATAPI	2			
PORTO GRANDE	VILA DO MUNGUBA	1			
PORTO GRANDE	VILA NOVA	1			
PORTO GRANDE	VILA ACAPÚ	1			
MACAPÁ	CURIAÚ	3		9	
MACAPÁ	BAILIQUE	7	1	6	
MACAPÁ	ILHA MIRIM	4		5	
MACAPÁ	CURICACA	2		1	

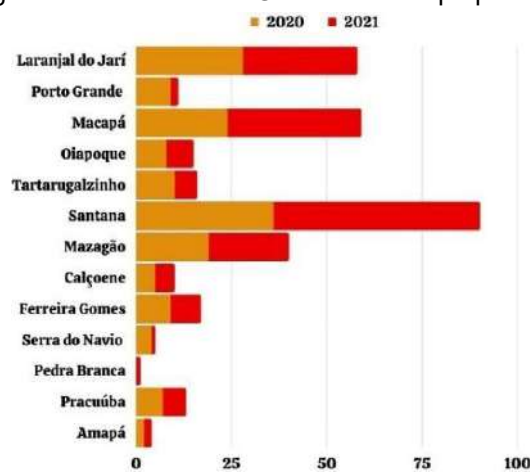
MACAPÁ	SANTO ANTÔNIO	1			
MACAPÁ	RESSACA DA PEDREIRA	2		6	
MACAPÁ	PACUI	2		2	
MACAPÁ	COMUNIDADE DO ARIRI	1			
MACAPÁ	CASA GRANDE/ CURIAÚ	1			
MACAPÁ	TORRÃO DO MATAPÍ	1			
MACAPÁ	MURICI			2	
MACAPÁ	LONTRA DA PEDREIRA			3	
MACAPÁ	GARIMPO DE SÃO TOMÉ			1	
OIAPOQUE	ALDEIA INDÍGENA	1		2	
OIAPOQUE	VILA BRASIL	3		2	
OIAPOQUE	CASSIPORÉ	2			
OIAPOQUE	ZONA RURAL	2		3	
TARTARUGALZINHO	ASSENTAMENTO	1	1		
TARTARUGALZINHO	CEDRO	3		1	
TARTARUGALZINHO	ZONA RURAL	4			
TARTARUGALZINHO	DUAS BOCAS	1		1	
TARTARUGALZINHO	AIRTON SENNA	1		3	
TARTARUGALZINHO	BOM JESUS DOS FERNANDES			1	
SANTANA	ILHA DE SANTANA	17		19	
SANTANA	IGARAPÉ DA FORTALEZA	15		23	
SANTANA	MATAPI	1		4	
SANTANA	ANAUERAPUCU	2		7	
SANTANA	IGARAPÉ DO LAGO	1		1	
MAZAGÃO	ZONA RURAL	12		16	
MAZAGÃO	CARVÃO	1		1	
MAZAGÃO	MARACÁ	4		3	

MAZAGÃO	DISTRITO DE MAZAGÃO VELHO	2		1	1
MAZAGÃO	LAGO DO AJURUXI				1
CALÇOENE	LOURENÇO	4	1	5	
CALÇOENE	CARNOT	1			
FERREIRA GOMES	DISTRITO DO PAREDÃO	5		2	
FERREIRA GOMES	RURAL	4		3	
FERREIRA GOMES	CEDRO			3	
SERRA DO NAVIO	CACHAÇO	4		1	
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	ÁGUA FRIA	1			
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	COLONIA DE AGUA BRANCA DO AMAPARI			1	
PRACUÚBA	CUJUBIM	2		1	
PRACUÚBA	FLEXAL	3		1	
PRACUÚBA	ZONA RURAL	2		3	
PRACUÚBA	COMUNIDADE DO BREU			1	
AMAPÁ	ZONA RURAL	1		2	
AMAPÁ	CUJUBIM	1			

Fonte: Tribunal de Justiça do Amapá, 2020/21

Em se tratando de violência de gênero no campo, o município de Santana está na dianteira dos registros, após ele, Laranjal do Jari, seguidos por Macapá e Santana, como podemos verificar no gráfico 01:

Gráfico 01: Registro de Violência de Gênero no campo por Município



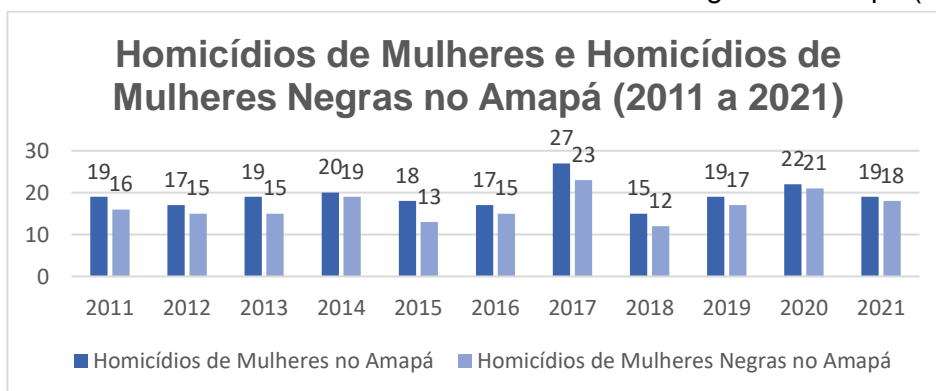
Fonte: Tribunal de Justiça do Amapá, 2023

Ao verificar os dados do Atlas da Violência no Brasil, provavelmente o trabalho mais robusto que vem sendo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), observamos que violências como homicídios contra pessoas negras, LGBTQI+ e mulheres colocam o Amapá no páreo com os maiores estados da federação. Assim, a incipiência de dados e constatações da ausência de medidas (em se tratando das violências de gênero) são evidentes quando vamos a campo, o que nos leva a inferir para alta subnotificação, reconhecida inclusive pelo sistema estadual de saúde, conforme apresentaremos mais adiante.

Outra situação histórica levantada no Atlas é a violência contra as mulheres negras, predominantes no segmento populacional que habitam zonas quilombolas, ribeirinhas e rurais no Amapá.

Em 2021, 2.601 mulheres negras foram vítimas de homicídio no Brasil. Isso representou 67,4% do total de mulheres assassinadas naquele ano e uma taxa de aproximadamente 4,3 mulheres negras mortas para cada 100 mil. Entre as mulheres não negras, esta taxa foi de 2,4 por 100 mil, número quase 45% menor. Na comparação das taxas, o risco relativo de sofrer um homicídio é 1,8 vez maior entre as mulheres negras do que entre as não negras. Em alguns estados, o risco de ser vítima de homicídio foi mais que três vezes maior entre mulheres negras do que entre não negras. É o caso do Rio Grande do Norte onde, em 2021, a taxa de homicídios de mulheres negras foi 4,1 vezes maior do que a de mulheres não negras. Destacam-se também Sergipe e o Ceará, onde o risco relativo de homicídio entre mulheres negras foi 3,6 e 3,2 vezes maior, respectivamente. Entre 2020 e 2021, enquanto a taxa de homicídios para mulheres negras cresceu 0,5%, entre as mulheres não negras houve uma redução de 2,8%. As desigualdades raciais, assim, são aprofundadas quando se trata da violência letal contra as mulheres. Olhando para o período de 2011 e 2021 como um todo, é possível notar uma redução nas taxas de homicídios tanto para mulheres negras quanto para as demais. No entanto, entre as não negras houve uma queda mais acentuada (-21,5%) em comparação com as negras (-18,8%). Nos últimos cinco anos (2016 a 2021), a queda no número de mulheres negras mortas foi de 17,6%, enquanto a de mulheres não negras foi de 21,3%. Portanto, a despeito do cenário geral de retração da queda de homicídios de mulheres, esse movimento foi mais intenso para as mulheres não negras, fazendo aumentar ainda mais a desigualdade racial na letalidade das mulheres em nosso país. (IPEA, 2023)

Gráfico 02: Homicídios de Mulheres e Homicídios de Mulheres Negras no Amapá (2011 a 2021).



Fonte: Atlas da Violência do Brasil (2023).

Observando os dados publicados no IPEA, baseados em fontes como SIM/CGIAE/SVSA/MS e os dados coletados no quadro anterior, com dados baseados no TJAP, percebemos a necessidade de uma base de dados que possa agregá-los. Observamos também no gráfico 02, que a maioria dos homicídios são de mulheres negras. Da mesma forma, o gráfico 02 informa uma ascendência no ano de 2017.

Na esfera pública midiática, é possível identificar escassas informações sobre feminicídio coletadas junto à Secretaria de Justiça e Segurança Pública do Amapá (SEJUSP)², que não consideram a subnotificação. De acordo com dados públicos divulgados:

quatro casos foram considerados como feminicídio ao longo de 2018 no Amapá. Foi um número menor do que o registrado no ano anterior, quando foram caracterizados 7 casos. Em comparação a 2017, o Amapá também teve queda no registro de homicídios dolosos contra mulher: 13 em 2018 e 23 no ano anterior. O índice de homicídios contra mulheres foi de 1 morte a cada 100 mil mulheres amapaenses no ano passado.

No trabalho empírico em Foz do Mazagão, por meio de entrevistas com as técnicas de saúde, perguntamos se já atenderam casos de violência doméstica na comunidade.

A seguir, selecionamos extratos específicos e representativos de alguns discursos de profissionais de saúde, que destacam elementos centrais desenvolvidos mais adiante, envolvendo a ação da atenção primária da localidade na interface com a problemática da violência de gênero entre as mulheres ribeirinhas.

Sobre notificações de casos de violência contra mulheres na comunidade, o que se tem é um discurso evasivo, que aponta para falta de registro pela ausência de demanda espontânea, por parte das vítimas.

Nunca a gente teve, nunca recebeu [caso de violência contra mulher]. Olha, na verdade tem mulheres, a gente sabe que tem mulheres que sofrem violência. Pelo menos a gente teve conhecimento de uma (...) que sofre a violência doméstica, **mas ela nunca procurou, entendeu? E também nunca nos procurou, entendeu? Assim não transparece, não transparece... Nesse caso fica de conhecimento da comunidade.** (*grifo nosso*) (Relato de Entrevista, Relatório de Trabalho de Campo, 2023).

Sobre os crimes e violência de gênero contra criança, a situação não é muito distinta.

² Disponível em <https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2019/03/08/monitor-da-violencia-ap-teve-quatro-feminicidios-em-2018-numero-foi-menor-que-2017.ghtml>. Acesso em 10 de abril de 2024.

mas teve um caso, né? Que foi até na minha família, da minha irmã, mas já faz uns 2 anos. Ela tinha 9 anos, e era o padrasto. Entendeu? Até então engravidou a menina aqui na Foz [do Mazagão Velho]. Mas aí já está tudo pela justiça, faz quatro anos isso, né? Mas muito escondido para descobrir, foi na escola e aí começou a crescer, a crescer, a crescer. Mas eu quero acreditar que pode ocorrer. (Relato de Entrevista, Relatório de Trabalho de Campo, 2023).

E para os casos em que a mulher chega a procurar por atendimento. Qual seria o procedimento? É encaminhado para onde geralmente? Uma das entrevistadas, servidora da política de saúde, responde que “o procedimento aqui no caso que nos orienta, se chegar, a gente faz a notificação e encaminha. Quando é criança vai para o conselho tutelar.”

Para os casos de violência contra mulher, qual seria o procedimento adotado?

Esse daí a gente não teve nenhum caso também. Eu acredito que para a delegacia, não é? E também a gente sempre conversa, às vezes a gente orienta um psicólogo. Porque o psicólogo, ele vai abrir, não é? A mente da pessoa. Tem um pouco mais de como chegar na pessoa e não como a gente, não é? A gente não tem conhecimento de como chegar na pessoa para abrir a mente dela. Aí a gente orienta, passar no psicólogo. A gente orienta tudinho. Tem mulheres que vão, tem pessoas que vão... (Relato de Entrevista, Relatório de Trabalho de Campo, 2023).

Insistimos em problematizar sobre episódios comuns durante o atendimento, como é a dificuldade da vítima em relatar a violência quando procura serviços de saúde, por exemplo.

Desse tipo de violência, inclusive até chego e falo com ela, né? Aí eu estava, inclusive, lá no Mazagão Novo, na unidade mista, né? Aí ela estava internada, essa moça nela aí... Aí eu vi isso aqui dela que estava vermelho roxo, né? Aí eu perguntei para ela, o que foi que aconteceu contigo, o que foi isso? Ela falou assim para mim, não, eu me machuquei lá em casa, mas aí era visível que a gente viu que não era um machucado assim. E aí fica só a até esse momento, só de identificar e referenciar. É, acredito que (para encaminhar) é para Mazagão Novo (sede do município), não é? No caso de psicólogo, assistente social, fisioterapeuta é Mazagão velho (*distrito do município com mais estrutura*). (Relato de Entrevista, Relatório de Trabalho de Campo, 2023).

Ao perguntamos sobre a existência de serviços de atendimento às mulheres, os profissionais de saúde entrevistados são categóricos em informar serviços de psicologia, assistência social, cardiologista, dentista e pediatra. Nesse aspecto, registramos ainda a existência de uma perspectiva generalista de oferta dos serviços, que não atende à demanda por atendimento especializado da violência de gênero. Além disso, registramos o discurso poroso e evasivo presente na tradicional ideia, justificada pela perspectiva de gestão burocrática dos serviços públicos, de que a mera existência de um equipamento de política pública é sinônimo de atendimento por essa mesma política pública. Das questões a serem destacadas, nesse caso específico, estão:

a) Invisibilidade consentida e estrategicamente produzida em torno da violência de gênero no território

As relações sociais de gênero constituem e estruturam e, portanto, formatam a experiência cotidiana das mulheres ribeirinhas nos sistemas produtivos, políticos e sociais instituídos. Ou seja, há um sistema de sexo-gênero que naturaliza e institui dinâmicas que capturam, significam e gerem a vida e o corpo das mulheres nessas comunidades. Esse sistema opera para naturalizar a violência e ritualizá-la como fato inevitável, a ponto da negação e naturalização se tornarem estrategicamente uma via de tratamento público da problemática como algo anômalo, individualizado, inviabilizado por agentes públicos e comunitários e situada ainda como questão de ordem doméstica.

b) Fragilidade das políticas públicas em territorializar a proteção e desterritorializar a dinâmica local instituída de produção da violência contra mulheres

Articulada à dinâmica da invisibilidade e do silenciamento estrategicamente produzido pelo sistema sexo-gênero, que constitui a experiência da violência vivenciada pelas mulheres no território, está a dinâmica das políticas públicas, sobretudo as que estão pensadas para funcionar em uma escala local como dispositivos de proteção primeira, fortalecendo laços e relações comunitárias como estratégia central para reduzir vulnerabilidades e danos secundários, pelo foco na atenção primeira qualificada para intervir em problemas e/ou promover atendimento.

Neste aspecto, há uma questão conceitual, anterior à organização técnica-operacional de serviços de atendimento aos casos de violência no território, que incluem os serviços de saúde, segurança pública e assistência social e caracterizamos como uma dupla face da proximidade como estratégia de atenção a vítimas de violência de gênero na comunidade ribeirinha em estudo. Explicando em detalhes, pontuamos que a presença do serviço ofertado pelas políticas públicas não se traduz em atenção qualificada às mulheres do território, por ser orientada e operada por atores que reproduzem estruturas que naturalizam e cristalizam os sentidos que as relações sociais de gênero instituem para perceber e operar diante da problemática da violência contra as mulheres. Em linhas gerais, há dois protocolos: um institucionalizado e outro instituído para enquadrar/significar, registrar (quando raramente o fazem) e encaminhar os casos de violência de gênero na comunidade estudada.

A negação e o desconhecimento do problema e a atribuição às mulheres vítimas da responsabilidade em buscar proteção (disponível aos olhos de quem oferta e inacessível aos de quem demanda) são ecos de um discurso poroso e

contraditório, que orienta a proteção de proximidade (presente, por exemplo, nas políticas de saúde, de segurança) identificados.

Nesse aspecto, problematizar a lógica de oferta da proteção social, da atenção primária em saúde e do atendimento como um todo das políticas públicas no território é mais significativo, na medida em que estar presente no território não significa desterritorializar a dinâmica sociocultural instituída e organizada de apropriação dos protocolos e procedimentos técnicos no interior das políticas públicas.

A configuração do fenômeno da violência de gênero no território, que como dito anteriormente, associa-se a uma estratégia articulada entre invisibilidade consentida, silenciamento e individualização da problemática, torna qualquer ação local de agentes de políticas públicas institucionalmente limitada, sobretudo no contexto de desorganização das redes de políticas de atendimento à violência de gênero nesse território ribeirinho estudado.

O desenho da arquitetura de proteção do Estado no território de Foz do Mazagão é representativo, quando observamos a histórica e orgânica problemática de articulação das redes de atendimento à mulher ribeirinha, com destaque para as políticas de saúde como elo frágil de uma lógica (*des*) articulada de proteção.

Apesar de previsto na lei que instituiu a Rede de Atendimento à Mulher (RAM) do Amapá (Lei Estadual 1764/13), os serviços de saúde em suas respectivas tipificações e competências na organização dos níveis de atenção, sistematizados no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), estão às margens da rede de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, familiar e sexual. A fragilidade dessa última rede em se institucionalizar no território ribeirinho, somada à ausência de protocolos pactuados, capazes de definir com clareza fluxos, papéis e competências das instituições que a integram, incluindo os serviços de saúde, fragilizam o atendimento integral a vítimas no território, subaproveitando o potencial de políticas públicas estratégicas como saúde, educação e segurança pública como portas de entrada estratégica para um ciclo protetivo em rede, onde a solução comum e aparente identificada é o encaminhamento, sem critério ou referência. Na prática, é postergar a resolução do problema da violência de gênero e não o abordar com a finalidade de apresentar uma solução (mesmo que provisória), o que exigiria tratá-lo no nível e competência esperada do atendimento na porta de entrada.

Cabe destacar que na comunidade de Foz do Mazagão, apesar da fragilidade e precariedade estrutural, o Estado existe apenas no simbolismo da escola pública e do (re) conhecido 'postinho de saúde' e por meio de um posto de segurança pública. No entanto, a presença dessas estruturas não avança na função estratégica

de recepção, acolhimento e encaminhamento para outras redes referenciadas, em casos de violência de gênero. Nesse aspecto, a mensagem transmitida aos observadores é contraditória: o Estado está simbolicamente presente, mas sem existir formalmente, quando consideramos a ação institucional dos equipamentos públicos instalados.

No caso específico da comunidade de Foz do Mazagão, a atuação da atenção primária em saúde seria a única referência comunitária em atendimento para os casos de violência. Apesar disso, o acesso pelas mulheres está limitado, pela lógica de oferta, evidente nos discursos dos entrevistados, de que a demanda é espontânea, ao invés de ser induzida, o que exigiria nesse caso, um protagonismo dos serviços de atenção primária no reconhecimento e notificação dos casos, considerado o contexto de invisibilidade consentida e estrategicamente naturalizada da violência de gênero (aspectos expostos acima).

Cabe destacar, portanto, que não há um problema de cobertura ou presença do serviço de saúde no território. A questão problematizada, a partir da observação e relatos coletados na pesquisa de campo, é a capacidade dos serviços de saúde, no que tange à atenção de casos de violência de gênero, em se inserirem no cotidiano e estarem presente na interface de proximidade necessária para construir relações comunitárias baseada em confiança. Esse é um fator determinante para revisar o protocolo instituído nos termos socioculturais da organização ribeirinha, que tem o gênero como dispositivo estruturante de gestão e de constituições das relações nesses territórios.

Para dimensionar o que problematizamos, cabe destacar que o município de Mazagão, onde a comunidade extrativista está inserida, conta com cobertura total da Estratégia de Saúde da Família (AMAPA, 2020). No Amapá, a cobertura da APS (Atenção Primária de Saúde), em 2019, com a Estratégia de Saúde da Família, foi de 71,79%, dado que precisa ser relativizado, considerando a ausência de informações concretas de distribuição em escalas locais no interior das regiões e municípios, nesse caso, de municípios com áreas ribeirinhas. A problematização também deve considerar como dado empírico a reconhecida centralização de serviços de saúde nas sedes ou áreas consideradas urbanas dessas mesmas localidades.

O próprio sistema estadual de saúde reconhece a fragilidade do conjunto da atenção primária com problemas na infraestrutura física, baixa oferta das carteiras de serviços, rotatividade de profissionais e gestores (AMAPA, 2020). Dados do Observatório da Atenção Primária revelam que o alto número de internações por condições sensíveis na organização e oferta de serviços da Atenção Primária no

Amapá é representativo da fragilidade da APS: 1.096,8 internações por 100 mil habitantes. A necessidade principal é organizar a oferta de serviços nesse nível a partir das necessidades das comunidades (AMAPA, 2023). O recorte geográfico, nesse contexto, potencializa o problema estrutural da atenção primária quando os territórios ribeirinhos são colocados em perspectiva: a dificuldade de acesso, desafios estruturais dos equipamentos e de fixação de profissionais de saúde (sobretudo, médicos) são agravantes nessas localidades.

Para além disso, é importante destacar que a escala territorial tratada nessa análise como estratégica para organizar serviços e ações de saúde em todos os níveis, principalmente na atenção primária, coloca os territórios ribeirinhos como invisíveis nas prioridades orçamentárias das políticas de saúde.

Quando interseccionamos território e gênero, observando objetivamente a concepção da política pública para a saúde integral da mulher ribeirinha, o que se identifica é uma abordagem generalista para a saúde da mulher e, especificamente, para o fenômeno da violência de gênero como eixo de intervenção das políticas de saúde, agravada na desconsideração da especificidade da escala territorial e da cultura nesses territórios como fatores de vulnerabilidade. Nesse âmbito, chama a atenção no conjunto das políticas do sistema de saúde ações mais incisivas na saúde reprodutiva das mulheres, em uma evidência que demanda investigações mais apuradas, sobre como o corpo é objeto de intervenção do Estado quando é fértil e reprodutivo, restringindo o escopo da necessidade e pertinência da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos ao mesmo sistema sexo-gênero que opera a dinâmica de violência de gênero, que já abordamos anteriormente.

Os dois últimos planos estaduais de saúde do Amapá (2020-2023/2024-2027) não fazem referência aos territórios ribeirinhos como espaços para intervenção, organização e atenção à saúde. São apenas menções genéricas a uma única equipe de saúde ribeirinha em todo o estado no ano de 2019 e uma meta de implantação de uma unidade do SAMU (Serviço Móvel de Urgência) fluvial. As referências envolvendo atendimento a vítimas de violência ganham escopo no plano em vigor (2024-2027), sem recorte geográfico, ou como temos insistido, sem considerar uma escala territorial georeferenciada.

Apesar disso, as informações oficiais gerais divulgadas pelo sistema estadual de saúde novamente criam parâmetros para problematizar o dilema da subnotificação nos territórios ribeirinhos. Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá revelam que, a partir da análise dos serviços de urgência e emergência (hospitais, unidades mistas e unidades de pronto-atendimento) e dos serviços ofertados nas unidades básicas de saúde, constatou-se que 70% dos serviços de

saúde de referência não possuem protocolo e fluxograma de atendimento às vítimas de violência, inclusive autoprovocada [tentativas de suicídio] (AMAPA, 2023, p. 43).

O próprio sistema estadual de saúde reconhece que a notificação de violência interpessoal, que envolve mulheres, crianças, adolescentes e idosos, é negligenciada. Cerca de 40% dos municípios registram menos de 20 notificações/ano.

A notificação de violência é realizada de maneira esporádica em cerca de 60% dos municípios.

No período entre 2017 e 2022, foram notificadas 5.688 violências, as principais são: a violência física (45%), psicológica (20%), sexual (16%) e lesão autoprovocada (13%) e negligência (4%). Na maioria dos casos a vítima é do sexo feminino, o agressor é do sexo masculino e a violência ocorre na residência da vítima. Os dados apontam que mulheres jovens (na faixa etária entre 20 e 29 anos e entre 15 e 19 anos respectivamente) estão mais vulneráveis à violência física, psicológica e lesão autoprovocada. Já as crianças e adolescentes do sexo feminino entre 10 e 14 anos estão mais expostos ao abuso sexual, à violência física e à lesão autoprovocada (AMAPA, 2023, p. 45).

Em se tratando da saúde da mulher, a ausência de serviços de referência e qualificação na Atenção Primária para observar as especificidades ligadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres é uma questão estrutural que fragiliza o delineamento de uma política estadual de saúde com recorte de gênero no Amapá. Essa fragilidade reflete a problemática reconhecida pelo sistema estadual de saúde relacionada à ausência de notificação de violência como uma dimensão estruturada de afetação dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres.

Em uma perspectiva multiescalar, os territórios ribeirinhos estão às margens das redes de proteção a mulheres em situação de violência, em especial da RAM – Rede de Atendimento à Mulher, vítima de violência doméstica, familiar e sexual no Estado do Amapá, com portas de entrada sem expertise e protocolos de identificação de casos. O que identifica é uma subnotificação que invisibiliza no conjunto da política de saúde o recorte de direitos sexuais e reprodutivos a agenda de violências contra mulheres em territórios ribeirinhos, como o de Foz de Mazagão.

Considerações Finais

A ausência de integração entre redes de proteção, que incluam os serviços de saúde no contexto da Rede de Atendimento à Mulher (RAM) do Amapá, a opacidade na organização da oferta do atendimento nas portas de entrada, somada a uma prática de ocultamento e silenciamento estratégico, tornam a problemática da violência de gênero na comunidade ribeirinha estudada questão não incorporada pelas políticas públicas nesses territórios.

Em localidades onde a atenção primária à saúde (APS) é o local referenciado pela comunidade como único espaço disponibilizado pelo estado para atenção de demandas, que, em muitos casos, extrapolam o escopo da própria política de saúde, a fragilidade dos serviços nesse nível de atenção se torna um complicador para uma ação consistente contra a violência de gênero nessas localidades.

Como demonstrado, a invisibilidade e silenciamento pela articulada relação entre sistema sexo-gênero, formas de reprodução da vida e da experiência na cultura ribeirinha, demandam uma ação protagônica dos serviços baseados na proximidade e de uma capacidade de induzir e não apenas esperar pela espontaneidade das demandas, em se tratando da violência de gênero nesses territórios.

O desafio é não apenas institucionalizar os serviços, incluindo de saúde, na comunidade; além disso, o que se tem é a necessidade de instituir dispositivos e protocolos que observem a dinâmica de violência envolvendo a mulher ribeirinha, referenciando o atendimento desde a porta de entrada e articulando redes e serviços em uma dinâmica de cooperação (inter e entre) redes a partir e não para além do território.

Em uma perspectiva de diálogo com outros campos do conhecimento, apontamos um aspecto da análise que está relacionado à fragilidade das políticas sociais no contexto de políticas públicas de reforma agrária e políticas de fomento à produção em comunidades no interior da Amazônia.

O que se evidencia são restrições no desenho dessas últimas políticas para garantir o direito aos territórios, com condições de produção atreladas à oferta e organização de serviços públicos parte das políticas de reforma agrária.

Esses são elementos para investigações que colocam em evidência as próprias estratégias de ocupação dos territórios por meio de políticas de reforma agrária no interior da Amazônia, sustentadas em projetos de desenvolvimento que territorializa o privado em detrimento do público, com forte impacto na organização de políticas e serviços públicos nessas localidades. Ou seja, essas localidades estão sob intervenção estatal em associação com o capital, em um cenário onde o Estado financia a territorialização de interesses privados e não do interesse público.

Referências

- Álvares, M. L. M. (2014). Vida doméstica e práticas de violência contra as mulheres. *Gênero na Amazônia*, Belém, v. 1, n. 5, p. 15-28.
- Aragão, F. B. A. *et al.* (2019). Associação do perfil microbiológico com alterações citológicas em mulheres quilombolas atendidos nas unidades básicas de saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 52, n. 4, p. 311-318.

- Amapá. (2020). *Plano Estadual de Saúde (2020-2023)*. Macapá.
- Amapá. (2023). *Plano Estadual de Saúde (2024-2027)*. Macapá.
- Brasil. (2011). Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Mulheres do Campo e da Floresta: diretrizes e ações nacionais*. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Chaves, P. R., Nunes, N., & Maués, A. C. P. S. (2023). *Diagnóstico, caracterização e percepção da violência de gênero entre mulheres rurais e ribeirinhas* (Relatório de Pesquisa de Campo). Macapá.
- Chaves, P. R., Craveiro, R. (2023a). *Área total do município de Mazagão/AP*.
- Chaves, P. R., Craveiro, R. (2023b). *Projetos de Assentamentos Agroextrativistas no Amapá*.
- Chaves, P. R., Craveiro, R. (2023c). *Localização do Projeto de Assentamento Agroextrativista do Mazagão Velho*.
- Filocreão, A. S. M. (2007). *Agroextrativismo e capitalismo na Amazônia: as transformações recentes no agroextrativismo do sul do Amapá*. 451 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Amapá. UFPA. Disponível em: https://bibcentral.ufpa.br/arquivos/160000/160500/19_160526.htm. Acesso em: 13 fev. 2023.
- Filocreão, A. S. M., & Silva, I. C. (2016). A política de assentamentos rurais no Estado do Amapá: *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*. ISSN 1984-4352 Macapá, v. 9, n. 3, p. 145-171.
- Guedes, M. E. F., & Moreira, A. C. G. (2009). Gênero, saúde e adolescência: uma reflexão a partir do trabalho com violência doméstica e sexual. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, [S. l.], v. 17, p. 79-91
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama do Censo: população do Estado do Amapá*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IPEA. (2023). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada *Atlas da Violência do Brasil*. Brasília: IPEA, Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- INCRA. (2006). Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. *Painel dos assentamentos*. Disponível em www.painel.incra.gov.br/sistemas/index.php. Acessado em setembro de 2006.
- INCRA. (2007). Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. (2006). *Processo de Criação de Projeto Agroextrativista Foz do Mazagão: Amapá – AP*.
- Lomba, R. M., & Fonseca, M. B. S. (2017). Modos de vida ribeirinho na comunidade Foz do rio Mazagão – Mazagão (Ap/ Brasil). *Ateliê geográfico*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 257-276.

- Maneschy, M. C. (2013). O emprego doméstico e as relações de gênero no mundo do trabalho. *Revista Gênero na Amazônia*, Belém, v. 3, p. 207-218.
- Motta-Maués, M. A. (1999). Pesca de homem/Peixe de mulher(?): Repensando gênero na literatura acadêmica sobre comunidades pesqueiras. *Etnográfica Lisboa* (on-line), v. 3, n. 2, p. 377-399.
- Simonian, L. T. L. (2011). Iaçá, tempo imemorial... sofrimento de mulher produz o açaí no PanAmazônia. In: Simonian, Lígia Terezinha Lopes. (Org.). *Mulheres pan-amazônidas: enciclopédia cooperativa de biografias*. Belém: NAEA/UFPA, p. 161-173.
- Souza, L. T., Lopes, A. B. A., & Silva, A. F. (2018). O Neah e a atenção ao autor de violência doméstica e familiar contra a mulher em Belém. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, p. 378-395.



Decolonialidad y Telemedicina: cuando los recursos tecnológicos globales alcanzan conexiones con los contextos locales

Eddy Stevens Martínez Coronado
Alexandre Florencio
Alcindo Antônio Ferla

Introducción

El contexto actual de las conexiones entre la tecnología y la atención cotidiana en salud se caracteriza, entre otras muchas situaciones, por un agotamiento de la capacidad explicativa del conocimiento disciplinar, que nos hace cada vez más especialistas en temas cada vez más específicos y, al contrario, menos capaces de comprender lo que nos acerca. Esta tendencia nos ha acompañado a lo largo de los últimos siglos, produciendo avances indiscutibles en la calidad de vida y en la producción de nuevas tecnologías para el cuidado de la salud de individuos y colectivos. Sin embargo, en la actualidad, dos callejones sin salida parecen resumir los retos de la nueva era (Ferla, Florencio & Rivas, 2003).

El primero es precisamente la necesidad de un pensamiento interdisciplinar e incluso transdisciplinar para avanzar en la resolución de problemas poco estructurados y de naturaleza compleja. El segundo es avanzar en análisis más críticos que sean capaces de disociar lo que, en el curso del desarrollo científico y tecnológico, se ha asociado como artefactos: la naturalización de valores que no son universales y que, en aras de la simplicidad, trataremos como lógica biomédica en salud (frente a los saberes tradicionales, ancestrales y específicos del territorio, que suelen estar más abiertos a la configuración compleja de los problemas cotidianos de la vida y la producción de salud) y las lógicas estructurales blancas, urbanas, metropolitanas y las escalas racionales desde el punto de vista económico, que sitúan al mercado en el centro del tablero del desarrollo.

La tensión entre ambos conceptos, que condensan dos campos de conocimiento y práctica, expresa los impasses resumidos más arriba. Por un lado, no es posible hablar de la aplicación de la telemática a la medicina (telemedicina), con alguna densidad epistémica sin problematizar la base biomédica, especialmente la lógica disciplinaria de la especialización, el pliegue poder/saber (todo saber expresa un campo de poder que tiende a reproducir las condiciones de su existencia,

como nos dice Foucault (2008) y todo el debate sobre la micropolítica del trabajo), las tensiones de los intereses económicos del sistema productivo (industrial y comercial) que lo sustenta, la creciente influencia civilizatoria de las tecnologías virtuales en la vida de las personas y las colectividades y, cabe señalar, la capacidad de accionar proceso de subjetividad en los seres humanos. Porque como refiere Pierre Lévy (1999) lo virtual es como una dimensión de la realidad que no se opone a lo "real", sino a lo "actual", o sea, no es una simulación o una representación de lo real, sino una potencialidad que puede materializarse en una forma concreta, es decir, puede actualizarse. El autor argumenta que lo virtual es un estado de ser que implica un proceso continuo de transformación y actualización. Este concepto está estrechamente relacionado con las tecnologías de la información y la comunicación, ya que la virtualización permite la creación de nuevas formas de interacción, conocimiento y organización, transformando las nociones tradicionales de espacio, tiempo y subjetividad.

Lévy (1999) sostiene que la virtualización no elimina la realidad, sino que la expande al generar nuevos horizontes y posibilidades de acción. Lo virtual, por tanto, se presenta como un entorno donde las posibilidades pueden ser exploradas y actualizadas a través de las interacciones humanas y las herramientas tecnológicas. Lo virtual es una potencialidad dinámica que transforma la realidad sin suprimirla, y constituye una de las claves para entender la evolución de la sociedad en la era de la información.

Por supuesto, también está la relación entre el desarrollo y consumo de tecnologías digitales como motor del modo de producción capitalista y sus crisis contemporáneas. En este contexto, Pierre Lévy señala los elementos clave de la cibercultura, que incluye la interactividad, que redefine la comunicación; la hipertextualidad, que organiza el conocimiento de manera no lineal; la virtualidad, como potencial que se actualiza; y la conectividad, que fomenta redes colaborativas (Lévy, 2007). Estos elementos se vinculan con los problemas civilizatorios actuales, como la cosificación de la vida y las lógicas sexistas y hegemónicas, las cuales son amplificadas o replicadas a través de las tecnologías digitales. Aunque la cibercultura también abre espacios para nuevas formas de resistencia y reconfiguración social, estos avances se encuentran en tensión con las dinámicas del capitalismo global.

En este sentido, nuestro objetivo en este ensayo teórico es una reflexión complementaria a la que se ha señalado hasta ahora. Queremos reflejar en estos conceptos su potencia de innovación epistémica y pragmática. O sea, buscaremos reflexionar como la decolonialidad y las tecnologías digitales, como el caso de

herramientas virtuales para la aplicación telemática a la medicina pueden tener más relevancia en sintonía, con el campo de la Salud Pública.

Conexiones posibles o ideas potenciales...

En los países de bajos ingresos económicos, la brecha digital en los aparatos estatales se manifiesta a través de la desigualdad en el acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre diferentes grupos sociales. Esta disparidad se refleja en la insuficiencia de infraestructuras tecnológicas, la carencia de dispositivos adecuados y la limitada conectividad. Deficiencias que afectan negativamente, por ejemplo, la calidad educativa y restringen el desarrollo de competencias digitales entre estudiantes-docentes o profesionales de salud-pacientes. De este modo, la situación que repercute en la estructura de los sistemas de salud evidenciase en la falta de infraestructuras tecnológicas adecuadas en hospitales y centros de salud, así como en la escasez de herramientas digitales necesarias para la gestión eficiente de datos y la comunicación entre la red de servicios de distintas complejidades. Esto tiene un impacto directo en la oferta de servicios de salud a la población, en la resolutivez del sistema, por ejemplo, cuando no dispone de una Historia Clínica Electrónica y mismo, en la capacidad de implementar procesos de formación y educación continua para los profesionales del sector (CEPAL, 2020).

Este contexto, desafía la implementación de herramientas virtuales, como la telemedicina, que, para efectos de este ensayo, se comprende como la prestación de servicios de atención en salud a distancia, mediada por el uso de tecnologías de la información y la comunicación. Esta modalidad tiene el potencial de ampliar significativamente el acceso a la atención sanitaria, especialmente en zonas rurales y remotas. Y en los años recientes, los sistemas telemáticos en el sector salud, han experimentado un crecimiento acelerado, impulsado por factores como la pandemia de Covid-19, el envejecimiento poblacional y la creciente demanda de atención médica especializada. Sin embargo, la dificultad de acceso a los servicios de salud formales sigue siendo un desafío estructural en muchos países, particularmente en momentos de sobrecarga de los sistemas sanitarios, como durante desastres, emergencias sanitarias o epidemias. Escenarios que dificultan garantizar el acceso equitativo y ofrecer respuestas locales adecuadas continúa siendo un reto considerable.

Sin embargo, cualquier el uso de herramientas virtuales, descontextualizado, como en el caso de los sistemas telemáticos en la medicina, existe un riesgo de ser expuesto a desigualdades coloniales, por ejemplo, al reproducir los modelos de

atención médica occidentales en contextos culturalmente diversos, naturalizar las situaciones de violencia estructural con personas e grupos sociales, absorber la lógica de las guerras o el consumo de medicamentos y equipamientos solamente para hacer movimientos en los sistemas productivos, jerarquizar las barreras culturales o financieras de acceso a los servicios, reproducir preconcepciones de género, religión u otras características de grupos o personas.

Ante esta situación, los principios de la decolonialidad ofrecen una perspectiva crítica para repensar la telemedicina. La decolonialidad busca promover la equidad, la justicia y el bienestar de todos los seres humanos, independientemente de su origen, raza, género o clase social. A partir de los principios de la decolonialidad, es posible repensar la aplicación de los sistemas telemáticos en la Salud Pública, de manera que sea más inclusiva, equitativa y sostenible. De otra parte, no son escasos los estudios que reconocen las violencias y preconcepciones como determinantes de la situación de salud de las personas.

Mediando nuevos elementos instituyentes en el escenario a través de herramientas virtuales para contribuir a la descolonización de la práctica médica, al posibilitar nuevos encuentros entre profesionales y usuarios que logran el acceso a servicios de salud, incluidas especialidades y subespecialidades, para comunidades que históricamente han sido excluidas o marginadas. Superando en este caso, barreras geográficas, culturales y lingüísticas, permitiendo respuestas a las necesidades de salud de distintas comunidades, sin que sea necesario que sus miembros se desplacen largas distancias, obstáculos derivados de las dinámicas de colonización y poder.

La decolonialidad reafirma sentido al poner como centro la tarea de desafiar y dismantelar las estructuras y relaciones de poder impuestas por el colonialismo. Al mismo tiempo, la aplicación de la telemática en la medicina facilita una atención médica integral y accesible a distancia, lo que puede verse como un acto de descolonización en la medida en que promueve una atención sanitaria más inclusiva y equitativa. Al brindar servicios de salud que respetan y reconocen las singularidades locales, se posiciona como una herramienta que contribuye a transformar las dinámicas coloniales persistentes en la prestación de atención médica. O sea, la telemedicina podría ser un dispositivo para descolonizar la práctica médica al permitir que las comunidades marginadas tengan acceso a la atención (de ser posible especializadas o sub especializadas), acorde a sus necesidades y contextos, pero sin tener que viajar largas distancias o enfrentar barreras culturales o lingüísticas.

Desarrollo de ideas...

La aplicación de sistemas telemáticos en la medicina ha surgido como una herramienta virtual crucial para mejorar el acceso a los servicios de salud y facilitar la prestación de servicios de salud. Esta tecnología es especialmente valiosa en contextos donde las dificultades económicas o sociales limitan el acceso a la atención sanitaria presencial, como es el caso de las comunidades rurales o de difícil acceso. Sin embargo, por desafíos estructurales antes mencionados, es imprescindible reconocer que las ventajas de la telemedicina no son accesibles de manera equitativa para todos. Desigualdades significativas en cuanto a la disponibilidad, por ejemplo, de conectividad, y los recursos necesarios para utilizar este tipo de servicios. Estas desigualdades no solo reflejan una brecha tecnológica, sino también profundas disparidades estructurales que tienen sus raíces en las dinámicas coloniales y en las relaciones de poder históricamente desiguales.

Para abordar estas desigualdades y promover un acceso más justo a la atención sanitaria, resulta fundamental adoptar un enfoque decolonial en la implementación de la telemática a la medicina. Este enfoque implica cuestionar las estructuras coloniales presentes en nuestras sociedades y proponer alternativas que promuevan la igualdad y la justicia social. Aplicar los principios de la decolonialidad, en este caso, no se limita únicamente a garantizar el acceso a la tecnología, sino que también exige una reflexión crítica sobre las disparidades en otros servicios esenciales, como el acceso al agua potable, la energía eléctrica, las telecomunicaciones, la educación y los sistemas de salud.

La decolonialidad, desde un enfoque epistemológico y político, busca superar las herencias del colonialismo y del eurocentrismo, que han estructurado las relaciones de poder a nivel global. Esta corriente teórica desafía la "colonialidad" del poder, del conocimiento y del ser, que se manifiesta en la imposición de una matriz de dominación que históricamente ha marginado a los pueblos indígenas y a otras comunidades colonizadas. La decolonialidad se enfoca en dismantelar las estructuras de poder impuestas por el colonialismo y propone alternativas basadas en el respeto por las diferencias culturales y la autonomía de los pueblos. En este sentido, la decolonialidad ofrece un marco invaluable para reimaginar el uso de la telemática en la medicina, como un recurso que no solo facilite el acceso a la atención médica, sino que también promueva una relación más equitativa y respetuosa entre los profesionales de salud y las comunidades.

A partir de estos principios, es posible concebir una acción mediada por tecnologías virtuales de forma decolonial, que reconozca las diferencias culturales y respete las particularidades de los pacientes, promoviendo su autonomía y

empoderamiento en el proceso de toma de decisiones sobre su salud. Un enfoque decolonial de esta forma implica no solo proporcionar atención médica a distancia, sino también integrar los saberes y prácticas médicas tradicionales en los servicios de salud. Nuestros pueblos son ricos en diversidad cultural y cuentan con un vasto acervo de conocimientos ancestrales que, históricamente, han sido ignorados o subvalorados por los sistemas de salud convencionales. Los procesos telemáticos en salud con tecnologías virtuales desde los principios de la decolonialidad, puede contribuir a dar el merecido reconocimiento a estos saberes, trabajando en colaboración con las comunidades locales para integrar sus conocimientos en la atención médica.

La decolonialidad y la telemedicina tienen el potencial de reforzarse mutuamente, además de mejorar el sistema de salud, como se observa en ejemplos que incluyen la atención médica a pueblos indígenas, comunidades rurales y otros grupos marginados. Un aspecto esencial de la decolonialidad es el reconocimiento y la valorización de los conocimientos y prácticas médicas tradicionales. Al aplicar este principio a los servicios de salud remotos, es posible colaborar con las comunidades locales para integrar sus saberes y prácticas en los procesos de atención. Esto no solo optimiza la calidad de los cuidados, sino que también fomenta el respeto hacia las culturas locales.

En este contexto, resulta fundamental destacar ciertos principios de la decolonialidad que son aplicables a los servicios de salud digital en la actualidad. Entre estos principios, se encuentran el reconocimiento de la diversidad cultural, la promoción de la autonomía de los pacientes, la reducción de las desigualdades y la centralidad de la vida. Cada uno de estos aspectos es crucial para garantizar que las tecnologías de salud virtual sean inclusivas y respetuosas de las particularidades de cada comunidad.

El uso de herramientas virtuales para la atención en salud alineado con las realidades culturales de las poblaciones promueve una atención más justa y equitativa, en este caso, estando adaptada a las necesidades y contextos específicos de las personas. Los procesos mediados por tecnologías digitales estarán atravesados por las singularidades culturales de los pacientes y pueblos, humanizando los servicios de prestados a la población, incluyendo valores y las creencias religiosas, las prácticas culturales y las preferencias de las personas.

Los servicios de telemedicina necesitan considerar la pertinencia cultural en los idiomas y lenguas que hablan las comunidades a las que van a servir. Esto se puede hacer contratando a personal multilingüe o utilizando servicios de traducción locales. Esto conlleva a utilizar lenguaje y materiales culturalmente apropiados, y

contar con profesionales de la salud capacitados para atender a pacientes con diferencias lingüísticas. Cito ejemplo: En Nicaragua el Ministerio de Salud ha promovido la formación e inclusión de profesionales en salud de origen Misquito, que facilita la cercanía y atención a los pacientes de las comunidades autónomas de la costa caribe del país.

Para promover la autonomía de los pacientes los procesos mediados por tecnologías virtuales necesitan empoderar a los pacientes para que ellos tomen decisiones sobre su propia salud. Esto obliga a proporcionarles información clara y completa sobre los manejos integrales, y permitirles elegir el método de atención que mejor se adapte a sus necesidades. A su vez, los pacientes se vuelven protagonistas de la promoción y prevención.

En cuanto a la centralidad de la vida, un principio fundamental tanto de la decolonialidad como de la ética médica es priorizar el bienestar y la vida de las personas, independientemente de su origen, condición social o ubicación geográfica. La telemedicina tiene el potencial de reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica, siempre que se garantice que los servicios sean asequibles y accesibles para todas las personas.

El gran desafío para los Estados es garantizar que todas las personas, sin importar su ubicación o contexto, tengan acceso a servicios de salud de calidad. Para lograrlo, es fundamental apoyarse en sistemas telemáticos en salud o que se desarrollen soluciones tecnológicas adaptadas a las necesidades, respetando las particularidades culturales y lingüísticas de las comunidades. Asimismo, es necesario que los profesionales de la salud sean capacitados adecuadamente en el uso de estas tecnologías y que se promueva la alfabetización digital entre las comunidades para asegurar un uso eficaz de la telemedicina.

Conectando ideas, construyendo caminos...

La implementación de procesos telemáticos en salud apoya un papel fundamental en la participación de los profesionales de la salud, quienes poseen un conocimiento profundo de las necesidades locales y características particulares de sus comunidades. Involucrar a estos profesionales no solo garantiza que la atención médica sea más accesible, sino que también asegura que los servicios de salud sean culturalmente apropiados y respetuosos de las particularidades de cada comunidad. Al integrar este conocimiento local en los servicios de telemedicina, se fortalece el enfoque contextualizado de la atención, lo que permite atender las realidades y retos específicos de las poblaciones marginadas o rurales.

En este sentido, los recursos tecnológicos que proporciona la telemedicina pueden convertirse en herramientas clave para establecer estrategias de comunicación dialógica, no solo entre los profesionales de la salud, sino también directamente con los pacientes. Este enfoque dialógico es esencial para construir relaciones de confianza, facilitar el intercambio de conocimientos, y mejorar la adherencia a los tratamientos y cuidados médicos, particularmente en contextos donde las barreras lingüísticas o culturales pueden dificultar la atención.

Un aspecto crucial para el éxito de la telemática en medicina en este contexto es la implementación de prácticas concretas que aseguren la adaptabilidad cultural y la inclusión. Entre estas prácticas, es fundamental la utilización de traductores culturales e intérpretes en los casos en que sea necesario, ya que esto facilita una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes que hablan diferentes idiomas o tienen distintos referentes culturales. Estos traductores no solo deben actuar como intermediarios lingüísticos, sino también como puentes que permitan una comprensión mutua entre el sistema de salud formal y los conocimientos y cosmovisiones locales.

Además, es indispensable formar a los profesionales de la salud en interculturalidad, de manera que sean capaces de reconocer, respetar y valorar las diferencias culturales presentes en los entornos donde ejercen su labor. Esta formación debe incluir el conocimiento de las prácticas tradicionales de salud, las creencias religiosas y las costumbres locales, con el fin de que los servicios de telemedicina puedan brindar una atención más integral, respetuosa y eficaz.

Otro componente clave es garantizar que las tecnologías virtuales utilizadas sean accesibles para todos. Esto implica no solo la disponibilidad de dispositivos tecnológicos, sino también el acceso a una conectividad estable y de calidad, así como la utilización de interfaces y plataformas que sean fáciles de usar, incluso para aquellos con poca familiaridad con la tecnología. La alfabetización digital se convierte en un elemento esencial para capacitar a los prestadores de servicios y a los pacientes en el uso de estas herramientas, asegurando que puedan interactuar de manera efectiva con los sistemas de telemedicina.

Para que este enfoque sea sostenible, es fundamental fomentar la colaboración entre los diferentes actores del sistema de salud. Esta colaboración debe incluir a profesionales de la salud de distintos niveles, autoridades sanitarias, líderes comunitarios y organizaciones locales, quienes en conjunto pueden identificar las necesidades específicas de cada comunidad y desarrollar estrategias adaptadas para satisfacerlas. La participación de los profesionales locales también contribuye a mejorar la calidad de los servicios y a garantizar que las soluciones

tecnológicas respondan a los contextos específicos de las comunidades a las que están destinadas.

Reflexiones para los próximos momentos...

Como parte de los elementos presentados comprender la atención médica mediada por sistemas telemáticos, cuando se implementa con un enfoque intercultural y decolonial, tiene el potencial de transformador, haciéndola más inclusiva, accesible y respetuosa de la diversidad cultural. Promover la participación de los profesionales de salud locales, capacitar en interculturalidad y garantizar el acceso equitativo a la tecnología son pasos fundamentales para construir un sistema de salud más justo y adaptado a las realidades de todas las poblaciones. Algunos ejemplos precisos de prácticas decoloniales con herramientas virtuales incluyen:

- Programas de telemedicina móvil para comunidades remotas; estos programas utilizan vehículos o dispositivos digitales para llevar los servicios a las comunidades que no tienen acceso a clínicas u hospitales.
- Una práctica decolonial es tener un diseño centrado en el usuario ya que los servicios de telemedicina deben diseñarse con la participación de las comunidades a las que van a servir. Esto ayudará a garantizar que los servicios sean culturalmente relevantes.
- Incorporar la medicina tradicional y las prácticas indígenas de curación en la telemedicina, puede ayudar a garantizar que los pacientes de todos los orígenes culturales tengan acceso a la atención médica que necesitan, pero sintiéndose cómodos con ella.

Hay varias formas en que la decolonialidad se puede utilizar para descolonizar la atención médica. Primero, la decolonialidad puede ayudar a desafiar la idea de que la medicina occidental es la única forma legítima de medicina, pero en este contexto cabe resaltar que existen muchas formas diferentes de medicina, cada una con sus propias fortalezas y debilidades. La decolonialidad puede ayudar a promover el diálogo entre diferentes formas de medicina y desarrollar un enfoque más holístico de la atención médica. Esto puede conducir a una mayor aceptación de las formas tradicionales indígenas y otras formas de curación.

En segundo lugar, la decolonialidad puede ayudar a crear proveedores de atención médica más culturalmente competentes. Esto puede conducir a una mejor atención de los pueblos indígenas y otros grupos marginados. El conocimiento médico siempre está determinado por el contexto social, político y económico en el que se produce. La decolonialidad puede ayudar a hacer visibles las formas en que las relaciones de poder colonial moldean el conocimiento médico.

En tercer lugar, la decolonialidad puede ayudar a desafiar la idea de que los médicos occidentales son los únicos proveedores legítimos de atención médica. Los pueblos indígenas y otros pueblos colonizados tienen sus propias formas tradicionales de atención médica. La decolonialidad puede ayudar a promover el uso de prácticas tradicionales de atención médica y garantizar que los pueblos indígenas y otros pueblos colonizados tengan control sobre su propia atención.

Referencias

- CEPAL. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del Covid-19: efectos económicos y sociales, *Informe Especial Covid-19*, n. 1, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-Covid-19-efectos-economicos-sociales>
- Ferla, A.A.; Florencio, A.R.; Rivas, E. Complejidad del trabajo en salud, transdisciplinariedad y sistematización del conocimiento a partir de la experiencia: cuestiones para la educación permanente en salud. En: Ceccim, R.B.; Ferla, A.A.; Florencio, A. R. (Org.). *Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas*. 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023. 161 p. (Série Salud & Centroamérica, v.1). Disponible em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacion-permanente-y-desarrollo-del-trabajo-en-salud-epistemologia-trayectos-y-practicas/> Pág. 77-102.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. F.C.E.
- Lévy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* Barcelona: Paidós Ibérica
- Lévy, P. (2007). *Cibercultura: La cultura de la sociedad digital*. Anthropos.



Uso de la fitoterapia en la medicina tradicional como proceso de descolonización en el sistema de salud nicaragüense: ensayo teórico de la construcción histórica

Cindy Junieth Castillo Castillo
Maria Denise Schimith
Denise Bueno

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido desde la década del 70 el uso de modalidades de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) que resulten eficaces y seguras para el cuidado de la salud, con el criterio de su integración a los sistemas médicos nacionales. La fitoterapia es una de las modalidades de la MNT y la OMS la define como la ciencia encargada del estudio de productos vegetales para su posterior utilización en la terapia de estados patológicos.

La utilización de la medicina tradicional en países de América Latina ha entrado en una nueva etapa, con el incremento de la demanda de alternativas terapéuticas y prácticas al modelo científico biomédico, esta se encuentra enmarcada hoy día en un contexto que hace algunos años no existía. Existen distintos ejemplos que muestran los intentos de cómo buscar la participación de la medicina tradicional en la provisión de servicios de salud por parte de las instituciones del Estado encargadas de esta función, lo cual le ha permitido encontrar espacios para su uso e implementación.

A través de los años, se ha acudido a la Naturaleza para tratar de satisfacer sus necesidades básicas. En este caso las plantas han constituido la base de los sistemas de Medicina Tradicional para mantener la salud e incrementar la calidad de vida del hombre. El uso de plantas medicinales es una práctica antigua que ha sido utilizada por muchas culturas en todo el mundo. En el que contienen compuestos bioactivos que pueden tener propiedades curativas o terapéuticas para tratar diversas enfermedades y afecciones.

Se ha venido logrando un retorno hacia el uso de los productos de origen natural en las terapias, en parte, a lo que ha experimentado la sociedad de forma general tras su uso, desempeñado un importante papel los factores siguientes: el descubrimiento de dañinos efectos adversos en fármacos sintéticos, el mejor

conocimiento químico, farmacológico y clínico de las plantas medicinales y sus productos derivados, el desarrollo de métodos analíticos que facilitan el control de la calidad, el desarrollo de nuevas formas de preparación y administración de los medicamentos Fitoterapéuticos.

El uso de plantas medicinales ha sido una práctica antigua con una larga historia que se remonta a miles de años. Desde tiempos ancestrales, las plantas han sido utilizadas por diversas culturas en todo el mundo para tratar enfermedades y promover la salud. El uso de plantas medicinales como práctica antigua tiene una larga historia que se remonta a miles de años. Desde tiempos ancestrales, las plantas han sido utilizadas por diversas culturas en todo el mundo para tratar enfermedades y promover la salud. Esta forma de medicina se conoce como fitoterapia.

Para el año 1980 ya se contaba con un concepto de Fitoterapia el cual determina que es la: “terapia complementaria que utiliza plantas o partes de ellas donde el empirismo de la medicina tradicional se transforma en fundamento científico” (Avello & Cisternas, 2010).

En muchas culturas antiguas, como la egipcia, la mesopotámica, la china y la india, se utilizaban plantas medicinales como parte integral de sus sistemas de medicina tradicional. Los antiguos egipcios, por ejemplo, utilizaban plantas como el aloe vera y el papiro para tratar diversas dolencias. En la antigua China, se desarrolló un sistema de medicina herbal complejo y sofisticado, que todavía se practica en la medicina tradicional china.

Durante el período de colonización, la medicina tradicional de los pueblos indígenas sufrió un impacto significativo debido a la imposición de las prácticas y creencias de los colonizadores. La medicina tradicional indígena fue subestimada y a menudo considerada primitiva o supersticiosa por los colonizadores, quienes promovieron la medicina occidental y las prácticas de la medicina europea. Fue de esta manera que los colonizadores impusieron sus propios sistemas de salud y medicina, estableciendo hospitales y clínicas basados en el modelo occidental y promoviendo la utilización de medicamentos y técnicas médicas europeas. Esto llevó a la marginación y la desvalorización de los sistemas de medicina tradicional indígena.

Además, la colonización también tuvo un impacto negativo en el acceso a las plantas medicinales utilizadas en la medicina tradicional. Muchas de estas plantas fueron consideradas sin valor o incluso peligrosas por los colonizadores, lo que llevó a la destrucción de los hábitats naturales de estas plantas y a la restricción o prohibición de su uso por parte de las comunidades indígenas.

A pesar de la imposición de la medicina occidental durante la colonización, muchas comunidades indígenas lograron preservar y transmitir sus conocimientos de medicina tradicional de forma clandestina o adaptándose a las prácticas occidentales. La medicina tradicional continuó siendo practicada y valorada dentro de las comunidades indígenas, a pesar de la presión para abandonarla. La decolonialidad que abordamos en este artículo resulta de reflexiones a pesar del colonialismo que a lo largo de los siglos XV al XIX, como consecuencia de la colonización, dio origen a la colonialidad.

Es importante destacar que el impacto de la colonización en la medicina tradicional indígena varió según la región y el contexto histórico específico. Teniendo en cuenta que cada comunidad indígena tiene su propia historia y experiencia en relación con la colonización y su influencia en la medicina tradicional. Pese a todos estos sucesos muchos pueblos indígenas lograron transmitir estos conocimientos de generación en generación basándose en la observación y la experiencia. Estas tradiciones de curación herbal se conservan aun en nuestros días en muchas comunidades indígenas.

Últimamente se ha venido dando un resurgimiento del interés y la valoración de la medicina tradicional indígena, realizando esfuerzos para rescatar y preservar los conocimientos y prácticas tradicionales, reconociendo su importancia como parte integral de la identidad cultural y como una fuente de conocimiento y cuidado de la salud. De la misma manera que la fitoterapia ha ido adaptándose a las necesidades cambiantes de las comunidades y al intercambio de conocimientos entre diferentes culturas.

En la actualidad, el uso de plantas medicinales continúa siendo una práctica importante en muchas partes del mundo. La fitoterapia se ha vuelto más popular en la sociedad moderna, y muchas personas recurren a remedios naturales como complemento o alternativa a los tratamientos convencionales. Además, muchos medicamentos modernos se derivan de compuestos químicos encontrados en las plantas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, aunque las plantas medicinales pueden ser efectivas, también pueden tener efectos secundarios y pueden interactuar con otros medicamentos. Por lo tanto, es recomendable consultar a un profesional de la salud antes de utilizar cualquier planta medicinal con fines terapéuticos.

En las comunidades indígenas, los líderes o chamanes son los responsables de desempeñar un papel importante en la práctica de fitoterapia. Estos líderes y chamanes poseen un profundo conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas y cómo utilizarlas para tratar diversas enfermedades y dolencias. La

transmisión de conocimientos sobre fitofármacos se realiza de forma oral y se basa en la experiencia acumulada a lo largo de generaciones.

Los líderes y chamanes son considerados como los guardianes de este conocimiento y son consultados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, esto se debe a que conocen las plantas medicinales que crecen en su entorno, sus propiedades curativas, la forma adecuada de recolectarlas y prepararlas, así como las dosis y las combinaciones adecuadas para cada dolencia específica. También tienen conocimientos sobre la importancia de los rituales y la conexión con la naturaleza en el proceso de curación.

Para la preparación de esta medicina natural, el chaman debe conectarse con la naturaleza para lograr este proceso de curación con fitofármacos. Para las comunidades indígenas, la naturaleza es considerada sagrada y se cree que todas las formas de vida, incluidas las plantas, tienen un espíritu y una energía curativa. Cuando se utilizan fitofármacos, se busca establecer una conexión íntima con la naturaleza y con las plantas medicinales en particular. Esto implica reconocer y respetar el entorno natural en el que crecen estas plantas, así como comprender y honrar su ciclo de vida.

En muchos casos, el proceso de recolección de las plantas medicinales se realiza de manera ritual y respetuosa. Se pueden llevar a cabo ceremonias o rituales de agradecimiento a la planta y a la naturaleza antes de recolectar sus partes, como hojas, flores, raíces o cortezas. Esto se hace para establecer una relación armoniosa con la planta y su espíritu, y para recibir su permiso y bendición antes de utilizarla con fines curativos.

La conexión con la naturaleza también implica reconocer que la salud y el bienestar del individuo están intrínsecamente relacionados con el equilibrio y la armonía del entorno natural. Por lo tanto, la medicina tradicional indígena a menudo enfatiza la importancia de cuidar y proteger el medio ambiente como parte integral del proceso de curación y mantenimiento de la salud.

En Nicaragua hay leyes que rigen y facultan el uso de los recursos patrimoniales y el derecho al usufructo de las comunidades indígenas como Miskitus y Sumu-Mayangnas que viven del bosque en las regiones autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua entre las que tenemos la Ley 281 y 4452. Las leyes antes mencionadas constituyen el respaldo jurídico y las iglesias son acompañantes que coadyuvan al acatamiento y cumplimiento de esas normas ya que un valor agregado de estos bosques para los comunitarios Miskitus y Sumu-Mayangnas, son las plantas medicinales que se han utilizados desde sus antepasados para curar enfermedades de forma natural, sin el uso de químicos propios de la medicina

occidental, que puede provocar en la salud otras afecciones a corto, mediano y a largo plazo.

Es importante destacar que la medicina tradicional no se basa únicamente en plantas medicinales, sino que también abarca una amplia gama de enfoques y conocimientos que incluyen el uso de hierbas, técnicas de diagnóstico, terapias físicas, espirituales y energéticas, así como el conocimiento de la anatomía y fisiología humana. Todo esto se ha logrado demostrar mediante su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades y en el mantenimiento de la salud en muchas comunidades. Sin embargo, es importante destacar que cada sistema de medicina tradicional tiene sus propias prácticas, enfoques y conocimientos específicos, y que es fundamental respetar y valorar la diversidad de estas prácticas en su contexto cultural.

En Nicaragua la medicina natural coexiste con la medicina convencional y muchas personas recurren a ambas formas de tratamiento según sus necesidades y preferencias. Además, existen centros de medicina tradicional y curanderos en algunas comunidades que brindan servicios de consulta y tratamientos basados en la medicina natural.

En la actualidad se aprecia interés progresivo en un gran número de países por la integración de la medicina tradicional al sistema médico hegemónico imperante. Pionero en esta experiencia se encuentra China, que desde el año 1950, mediante un diseño novedoso de modelos de atención adoptan la integración de la Medicina Tradicional con la Medicina Occidental. La sociedad humana en todas las épocas ha acumulado un vasto arsenal de conocimientos tradicionales sobre el uso de las plantas medicinales. Aproximadamente el 80 % de la población de la mayor parte de los países en desarrollo todavía usan la medicina tradicional derivada de plantas para satisfacer las necesidades primarias de salud.

En este sentido la OMS ha establecido cuatro objetivos relativos a la política de la medicina tradicional: inocuidad, eficacia y calidad, acceso y uso racional; del mismo modo ha identificado tres tipos de sistemas de salud para describir hasta qué punto la Medicina Tradicional/ Complementaria o Alternativa está relacionada con el sistema sanitario oficialmente reconocido: Sistema integrado, Sistema inclusivo, y Sistema tolerante.

En Nicaragua existe la Ley 774. Ley de Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos Naturales en Nicaragua. Aprobada el 5 de octubre del 2012. Publicada en la Gaceta N. 10 el 18 de enero 2012. Por lo que contamos con un amplio marco jurídico nacional e internacional que impulsa la salud intercultural lo que ha permitido la participación social, la práctica, la protección y la conservación

del conocimiento de la medicina tradicional ancestral con un avance importante en los últimos cinco años.

La estrategia de integración de la medicina occidental y la medicina natural y ancestral del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), estipula el proceso de revitalización del saber y de la medicina ancestral que invita a una articulación de estos en un sistema de salud a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), además de lograr la integración de la medicina natural y terapias complementarias al sistema de salud.

Se ha trabajado arduamente desde la creación del Instituto de Medicina Natural y Terapias Complementarias (IMNTC en el año 2014,) donde se establecieron estrategias para atender, promover y desarrollar la Medicina Tradicional, Natural y Terapias Complementarias basado en dos ejes de trabajo: revitalización de saberes y prácticas ancestrales de pueblos originarios y afrodescendientes y la integración de la Medicina Natural y Terapias Complementarias al Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

En el país existen 16 filiales del instituto. Hasta diciembre 2019, se han construido 188 clínicas de Medicina Natural en el territorio nacional donde se brinda atención médica que promueve la integración de esta en atención primaria en salud, para incorporar el manejo complementario en la terapéutica de pacientes con enfermedades comunes, respiratorias, gastrointestinales, urinarias, nerviosas, ginecológicas y dérmicas, así mismo enfermedades crónicas no transmisibles; con plantas, productos naturales medicinales y terapias complementarias. Adicionalmente, se establecieron 70 clínicas de manejo holístico del dolor, donde fisioterapeutas brindan atención en medicina natural y terapias complementarias desde un abordaje holístico (cuerpo, mente y espíritu).

Desde el Instituto se revitalizan saberes ancestrales y se sistematiza el mecanismo de comunicación de quejas, reclamos, peticiones y Sugerencias (GRM) con respecto a la implementación de los planes de articulación de medicina tradicional ancestral de los pueblos originarios y afrodescendientes y se realizan actividades de educación, promoción y difusión en medicina natural para el fortalecimiento de capacidades de la red comunitaria y la investigación y sistematización como práctica para el rescate de experiencias de medicina tradicional ancestral.

Así mismo, durante los últimos años se ha llevado a cabo el proceso de sensibilización de los profesiones de salud a través de la implementación de un plan de capacitación dirigido al personal de salud, curanderos o curanderas, agentes de salud tradicional/ especialistas del entendimiento ancestral (son las personas

indígenas y afrodescendientes que ofrecen algún servicio para prevenir enfermedades, curar o mantener la salud individual, colectiva y comunitaria enmarcando sus prácticas y conocimientos en la cosmovisión del sistema de salud tradicional). Además, incluye el personal asociado que trabaja en medicina natural y terapias complementarias a fin de compartir experiencias, retroalimentar información sobre la situación actual de la medicina tradicional ancestral y dialogar sobre sus aportes al proceso de articulación para ser incluyente de una atención integral e intercultural con el propósito de acercar los servicios de salud con toda la población nicaragüense.

La metodología del plan de capacitación y sensibilización se basó en la pedagogía intercultural, que busca la complementariedad entre saberes y conocimientos endógenos en cuanto a la salud intercultural. Este fue consensuado con las autoridades rectoras de la salud a nivel central, las autoridades indígenas y afrodescendientes de la Costa Caribe y con el Consejo Nacional de Pueblos Indígenas como contraparte.

En el empleo de las plantas medicinales se debe considerar algunos aspectos para lograr su aceptación en los círculos científicos y con ello una mayor trascendencia en el cuidado de la salud. Es imprescindible de parte de la autoridad educar e informar tanto a profesionales de área de la salud como a la población, con respecto al concepto de fármaco, plantas medicinales y sus productos; dónde y a quién recurrir en caso de consultas con respecto a la fitoterapia; dónde adquirir plantas medicinales o sus productos en forma segura y confiable; así como también evaluar y racionalizar las prácticas de explotación y publicidad de medicamentos herbarios y otros rotulados como “naturales”. Con la realización de este ensayo literario esperamos contribuir a la reflexión de conocimientos relacionados con la fitoterapia en el sistema de salud nicaraguense.

Consideraciones finales

Es importante ver lo notorio que ha sido el proceso de descolonización de nuestros antepasados y como a pesar de que quisieron y pudieron cambiar muchas cosas, también se logró preservar otras, mediante la lucha de no perder todo lo que un día a través del conocimiento y enseñanzas se heredó transmitiendo de generación en generación. En Nicaragua siempre se preservó la cultura de usar plantas medicinales para múltiples enfermedades, las personas no dejaron de creer o tener fe en los curanderos de sus comunidades, siendo estos visitados a menudo que, aunque para muchos resulta superstición, para otras resulta una práctica de lo

divino que garantiza el cuidado de salud de manera más natural y por lo tal, más efectivo.

Es imprescindible de parte de la autoridad sanitaria educar e informar tanto a profesionales de área de la salud como a la población, con respecto al concepto de fitofármacos; dónde y a quién recurrir en caso de consultas con respecto a la fitoterapia; dónde adquirir plantas medicinales o sus productos en forma segura y confiable; así como también evaluar y racionalizar las prácticas de explotación y publicidad de medicamentos herbarios y otros rotulados como “naturales”.

Por todo lo mencionado anteriormente hacemos hincapié en la importancia que tiene este uso de plantas medicinales como medicina tradicional en la sociedad hoy en día y sobre todo la incorporación de esta en los sistemas de salud como parte de la atención primaria, teniendo en cuenta como parte de la medicina tradicional que es un sistema de prácticas de salud y curación que se ha desarrollado a lo largo de generaciones en diferentes culturas alrededor del mundo. Por lo tanto, es necesario proponer rescatar los conocimientos tradicionales en la salud herbolaria, mejorar la accesibilidad del primer nivel de atención con la incorporación de la medicina natural de acceso local y promover la articulación entre los actores de la medicina tradicional y el sistema integral de atención en salud.

La fitoterapia como medicina tradicional desde su evolución hasta la contemporaneidad ha sido objeto de uso para la medicina convencional. Describir el comportamiento de la medicina herbaria tradicional en los sistemas de salud, desempeñando un papel importante en el cuidado de la salud de las personas con el objetivo de trabajar el concepto de decolonialidad.

Referencias

- Avello, L. M., & Cisternas, F. I. (2010). Fitoterapia, sus orígenes, características y situación en Chile. *Rev. méd. Chile*, Santiago, v. 138, n. 10, p. 1288-1293. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100014&lng=es&nrm=iso>. accedido en 07 oct. 2024.
- Escalante Casco, I. M. (2020). *Utilización de la fitoterapia como alternativa de tratamiento de la Medicina Natural y Tradicional por odontólogos*. León, Nicaragua.
- Ley 774. *Ley de Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos Naturales en Nicaragua*. Aprobada el 5 de octubre del 2012. Publicada en la Gaceta No. 10 el 18 de enero 2012.
- López, *et al.* (2022). Dinámica de uso del bosque para los pueblos miskitus y sumu/mayangnas en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte de Nicaragua (RACCN). *Revista Multi-Ensayos*, 8(16), 2-16.

- López, et al. (2019). La medicina tradicional herbolaria en los sistemas de salud convencionales. *Humanidades Médicas*, 19(1), 201-2017.
- Mendoza Galán, A. G. (2016). *Nicaragua: Articulación de los Sistemas de Salud Occidental y la Medicina Tradicional Ancestral*. World Bank Group.
- Mendoza, M. R. (2020). *Nicaragua: Integración de la Medicina Natural y Terapias Complementarias, la revitalización de la Medicina Tradicional Ancestral de pueblos originarios y afrodescendiente*. World Bank Group.
- Robles, J. M. G. (2017). Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas. *Raíces: Revista Nicaragüense de Antropología*, 49-63.
- Torres, et al. (2014). Fitoterapia. *Revista de Actualización Clínica*, 2184- 2189.
- World Health Organization. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002- 2005* (No. WHO/EDM/TRM/2002.1). Organización Mundial de la Salud.



Decolonialidad del saber: reflexiones sobre la salud oral

Daysi Masís
Júlio Cesar Schweickardt

La historia de la cultura no es otra que la historia de préstamos culturales. Las culturas no son impermeables; así como la ciencia occidental tomó cosas de los árabes, ellos las tomaron de los indios y los griegos. La cultura no es nunca cuestión de propiedad, de tomar y prestar con garantías y avales, sino más bien de apropiaciones, experiencias comunes, e interdependencias de toda clase entre diferentes culturas

Said, 2007

Introducción

La decolonialidad del saber es un imperativo ético y político en la búsqueda de la justicia epistémica y la emancipación intelectual. Se trata de un proceso de decolonización de las mentes y las instituciones que busca transformar las relaciones de poder y conocimiento en la sociedad. A través de la apertura a la diversidad epistémica y la promoción del diálogo intercultural, la decolonialidad del saber puede contribuir a la construcción de un mundo más inclusivo, equitativo y plural. Es un llamado a la reflexión y la acción, a repensar nuestras formas de conocer y relacionarnos con el mundo, y a imaginar nuevas posibilidades para el futuro de la humanidad. Somos de los que creen que al repensar nuestras formas de conocer nos relacionamos con mundos otros.

Mirándolo así, este proceso requiere tanto reflexión como acción, y un compromiso continuo con la justicia epistémica y la inclusión. En esta misma línea la decolonización de las prácticas de salud surge ante la necesidad de reconocer y valorar los saberes locales y las experiencias de los pueblos originarios. Durante siglos, el conocimiento médico y las intervenciones clínicas han sido moldeadas por enfoques eurocéntricos que no siempre responden a las realidades culturales, sociales y económicas de los territorios ancestrales.

Referida a este contexto, las relaciones entre el tratamiento en el cuidado de salud oral en las personas con labio y/o paladar hendido, merece integrar saberes locales y enfoques comunitarios, respetando la diversidad cultural; promoviendo una atención más equitativa y culturalmente competente. Al adoptar un enfoque

decolonial, se pretende ofrecer una atención que reconozca las particularidades de los pacientes y sus entornos, llegando a ocupar un rol central atribuido a la interacción que tienen con su cultura, identidad y comunidad.

En las últimas décadas, ha surgido un interés creciente en la decolonialidad del conocimiento, especialmente en los campos académico y cultural. Este proceso se centra en cuestionar y dismantelar las estructuras de poder y conocimiento impuestas por las potencias coloniales, las cuales continúan perpetuando desigualdades y formas de dominación en el mundo moderno. Así, surge la necesidad de una renovación de los procesos de construcción de los conocimientos (Binimelis-Espinoza & Tonioni, 2017). Tenemos el compromiso de construir narrativas o recontar las historias que fueron apagadas por el proceso de colonización (Smith, 2018).

Edward Said (2007), en su libro *Orientalismo*, nos enseña sobre las construcciones que el Occidente hizo sobre el Oriente, mostrando que hubo una construcción de un imaginario sobre el Otro, que permitió la conquista y el dominio político, cultural y epistémico. ¿Como desarticular los discursos hegemónicos sobre los pueblos originarios y la población afrodescendiente, por ejemplo, para producir discursos alternativos u otros? De ese modo, el sujeto colonizado asume la historia del colonizador, negando su propia historia. Said argumenta que los discursos del Occidente se reducían el Otro no-europeo como inferior e estereotipado. “No solo se trata de escribir la historia de otros como reflejo de la propia, sino que además el sujeto colonizador es incapaz de reconocer que cualquier otro puede funcionar en el lugar de las ambigüedades y más allá de los límites de su lenguaje” (Quispe-Agnoli, 2021, p. 437).

Fanon (2008), en su obra *“Piel negra, máscaras blancas”*, argumenta el proceso de colonización de la subjetividad del colonizado, revelando la alienación y los trastornos mentales de los sujetos colonizados, que ponen los valores culturales de la metrópolis como superiores. Así, es necesario libertar los colonizados de su condición de dominación, o sea, la decoloniadad del poder, del saber y del ser.

Así, la decolonialidad del saber implica cuestionar y reconstruir las narrativas, teorías y metodologías que han sido dominantes en los ámbitos académicos, culturales y médicos que reflejan perspectivas eurocéntricas y colonialistas. La idea es abrir espacio para las voces, conocimientos y experiencias de “los condenados de la tierra”, como dice Franz Fanon, de los que están en las márgenes, de los marginados para promover una diversidad epistémica y cultural en la producción de conocimiento e de la vida.

“El peligro de la historia única”

La feminista nigeriana Chimamanda Adichie (2019), en su obra “El peligro de la historia única”, nos advierte que no podemos nos fijar en una única historia de los pueblos e de las personas porque la tendencia es privilegiar la historia del blanco colonizador, de una perspectiva eurocéntrica. Así, necesitamos explicitar los múltiples modos de escribir y contar las historias que revelan los múltiples universales, para la existencia de un pluriverso de mundos y de cosmologías que expresen la diversidad de la existencia humana y no humana.

La civilización eurocéntrica siguió un enfoque de conocimiento unidireccional, que enfatiza el valor de lo técnico-científico (Careaga, 2020). El proyecto de la modernidad fue pensar en la emancipación del “hombre” por la razón europea, situando la raza blanca como superior a las demás. Incluso, la invención del concepto de raza se hizo en la modernidad, con la intención de hierarquizar los pueblos y las cultura. “La idea de raza es, con toda la seguridad, el mas eficaz instrumento de dominación social inventado en los últimos 500 años” (Quijano, 2019, p. 349).

Todo esto parece confirmar aquellos intentos fallidos que la literatura señala en cuanto a la falta de conclusiones definitivas sobre la eficacia de las intervenciones conductuales en la prevención de las enfermedades bucodentales en las personas con labio y/o paladar hendido, destacando la complejidad de abordar estos problemas. Es así como, la educación monocultural y colonial en la salud puede limitar la efectividad de la atención. Este dilema refleja la urgencia de buscar como reequilibrar las prácticas en el campo de la salud en general. Enfatizando así, una falta de enfoque en la importancia de no solo dar información, sino también de promover activamente la participación reflexiva de nuestra población desde sus experiencias, creencias y valores en la adopción de prácticas saludables como parte de la estrategia de atención médica o intervención, promoviendo la construcción conjunta de significados y una acción social transformadora que empodere a las comunidades y mejore su bienestar general.

Tubino (2005) propone un enfoque intercultural como una propuesta ética, una forma de vivir, donde hay espacio que reconoce la diferencia. La decolonialidad del saber implica en un proceso de desaprendizaje y desnaturalización de las jerarquías y prejuicios coloniales que informan nuestra comprensión del mundo y de nosotros mismos. Significa abrirnos a otras formas de conocimiento, epistemologías y cosmovisiones, es un imperativo ético y político en la búsqueda de la justicia epistémica y la emancipación intelectual. Entonces, los conocimientos producidos con el Otro, transforma las relaciones de poder coloniales en todos los aspectos de

la vida, incluida la investigación, la producción de conocimiento y las prácticas de salud (Ocaña, 2022).

La decolonialidad del saber es un proceso que busca restituir la dignidad y la autonomía de los pueblos y comunidades marginadas por el colonialismo, y promover la equidad y la justicia epistémica en la producción y difusión del conocimiento. Es importante que la comunidad sea el centro del diálogo y de la producción del conocimiento, representando espacios de resistencia y emancipación.

Cuando pensamos en educación intercultural desde las ciencias médicas y los cuidados de salud oral en las personas con labio y /o paladar hendido avanzamos hacia la emancipación donde conectamos con estos sujetos a partir de un entendimiento más profundo y diverso que permite la construcción de una epistemología a partir de un entorno de donde la diversidad de pensamientos y experiencias se valore y respete, contribuyendo así al empoderamiento de toda una comunidad con este padecimiento. El dar voz a sus experiencias y alentar su participación activa en las decisiones relacionadas con su salud, contribuye a su autonomía y a su capacidad de actuar como agentes de cambio en sus propias vidas.

Valga la verdad de no ignorar las urgencias que nos convocan y las situaciones críticas que nos incitan a adoptar una resistencia epistemológica mediante la desobediencia epistémica (Mignolo, 2014), y es que si echamos un vistazo y retomamos aquellos pensadores como Levinas (2014), quien nos insta a proponernos abandonar la epistemología que privilegia la relación sujeto-objeto, y abogar por una filosofía que se centra en la relación sujeto-sujeto, invitándonos a apartarnos de la episteme europea moderna, lo cual requiere de la configuración de nuevos tipos de conocimientos y nuevas ciencias cuya estructura categorial se sustenta en el saber del Otro.

Sobran razones para caracterizar el hacer decolonial como proceso decolonizante, desarrollado mediante las acciones y huellas del contemplar comunal, el conversar alterativo y el reflexionar configurativo, las cuales caracterizan la vocación decolonial Ortiz Ocaña (2022). Todo esto parece confirmar lo que según Santos (2005), las principales luchas sociales, políticas, económicas y culturales durante la modernidad han estado asociadas a la tensión entre regular la desigualdad y la exclusión, o por el contrario, a la búsqueda de emancipación respecto a estos sistemas de pertenencia jerarquizados.

Sostengo que la decolonialidad del saber no es un proceso fácil ni exento de desafíos. Se trata desde luego de enfrentarse a la resistencia de las estructuras de

poder establecidas, que tienen un interés en preservar sus privilegios. Además, la diversidad de experiencias y perspectivas dentro de las comunidades colonizadas y marginadas puede generar tensiones y conflictos en torno a qué conocimientos y enfoques deben privilegiarse en el proceso de decolonialidad.

La decolonialidad del saber es, por lo tanto, un proyecto político y ético que requiere diálogo, negociación y solidaridad entre diferentes actores y grupos. Es necesario un pensamiento otro, que incluya, reconozca, valore y visibilice al Otro, sosteniendo que el pensamiento abierto se configura con/desde/por/para el otro, pero no para conformar binas, sino en el marco de la comunalidad, que es su atributo esencial (Mignolo, 2013).

Santos (1998) señala que, dentro del orden social moderno, no es posible encontrar respuestas a las mencionadas crisis, debido a la imposibilidad de resolver los denominados problemas fundamentales. Un breve repaso histórico nos recordará que los problemas fundamentales son vistos como fuentes de contradicciones, injusticias e incoherencias que impactan varios aspectos de la vida social, y cuyas repercusiones se agravan con el paso del tiempo. Ante esta situación, Santos (2003) propone la revalorización y el otorgamiento de primacía a la emancipación en todos los ámbitos sociales y en todas las formas de pensamiento; sería entonces prudente restablecer un equilibrio entre la regulación y la emancipación, superando las limitaciones impuestas por las sociedades modernas. Y no podría ser de otro modo, más que con un cambio fundamental en la estructura social y en las formas de pensar, promoviendo la emancipación como una fuerza que puede contrarrestar las injusticias y las contradicciones arraigadas en las instituciones y prácticas sociales modernas.

Reflexiones sobre la decolonialidad de la salud oral

Las ciencias de la Saúde tienen una herencia epistémica eurocéntrica, asumida por nuestra cultura occidental. La discusión intercultural, descolonial e interepistemológica en la salud oral es necesario, especialmente en el cuidado de las poblaciones originales, afrodescendientes e otros grupos sociales (Marques & Martins, 2022). La salud oral está fuertemente marcada por un conocimiento biomédico, universalista, con un clínica individualizada y centrada en la especialidad. Así, es un desafío decolonizar un área del conocimiento que está muy firmada en los preceptos biomédicos occidentales.

La universalización de la atención en salud oral no es una práctica de todos los países. En Brasil, el “Programa Brasil Sorridente” fue implantado, desde 2000, con la creación de equipos de salud oral para la Atención Primaria en Saúde. Hoy,

todos los equipos de la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF) poseen un equipo de salud oral, universalizando el acceso a los cuidados de salud oral, en las dimensiones de cura, prevención y educación.

Hay una relación entre las “inequidades raciales en salud bucal con las caries, la pérdida de dientes, el dolor y la necesidad de prótesis, con desventajas para la población negra (negros y mestizos) en relación con los blancos” (Santos & Bastos, 2024, p. 2). Hay desventajas interseccionales cuando consideramos las cuestiones interseccionales como género, generación y territorio. La población que más sufre con la salud oral es la que está excluida socialmente y racialmente. El acceso a los servicios de salud también es discriminatorio, pues la posibilidad de una persona anciana negra ir al dentista es dos veces menor que de ancianos blancos (Souza et al., 2012).

La interculturalidad y la descolonialidad del saber nos posibilitan pensar en la inclusión de las perspectivas y conocimientos de los pueblos originarios y afrodescendientes. Es necesario la desobediencia epistémica para la construcción de las relaciones más simétricas, con solidaridad y colaboraciones de los cuidados en salud oral. Así, promover la democratización del acceso a la salud oral fundamental, pero también decolonizar las prácticas de salud oral, fundadas en el conocimiento eurocéntrico, es parte del proceso de emancipación e de derecho de las personas.

Conclusiones

Quisiera ahora que estoy por concluir este ensayo recalcar el planteamiento que hiciera Ortiz Ocaña (2022), en el que señala que el proceso decolonizante debe ser guiado por principios democráticos, comprendiendo así, la naturaleza y autonomía cultural de la comunidad participante y su derecho a la autodeterminación. En cuanto a la deconolialidad en los cuidados de la salud oral en la atención de las personas con labio y /o paladar hendido, podemos afirmar que comprendiendo sus contextos sociales, económicos y culturales; la sociedad estará mejor equipada para reconocer sus necesidades y sus puntos de vida. El desafío, por tanto, radica en fortalecer la comprensión de los procesos sociales y las múltiples dimensiones que modelan la vida de las colectividades humanas y en donde se expresan los procesos de desigualdad e inequidad en la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado (Linares-Pérez y Arellano, 2008).

En este sentido, queremos creer que, para lograr una equidad en salud, se deberán buscar respuestas a las situaciones de salud a partir del local, del contexto, de los sujetos, de un permanente trabajo intersectorial y multinivel, a como bien

señalan Alazraqui *et al.* (2009). Esto se hace evidente cuando se identifican factores fuera de la comprensión y práctica médica, que se convierten en barreras para el acceso a los servicios, influyendo directamente en el estado de salud de la población.

El abordaje en salud no debe limitarse únicamente al científico, sino fomentar la creatividad, la reflexión y, lo más importante, debe avanzar hacia una verdadera transformación que promueva la justicia cognitiva y social en nuestras poblaciones. Así, podemos decir que podemos poner marcas y huellas de un pensar y un quehacer decolonial en el cuidado de personas con labio y paladar hendido.

Referencias

- Adichie, C. (2019). *O perigo da história única*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Alazraqui Maestría En Epidemiología, M., Alazraqui, M., Diez Roux, A. V., Fleischer, N., & Spinelli, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales. *Umich.edu* https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/78519/AlazraquiDiezRoux2009_CadSaudePublica.pdf?sequence=1
- Binimelis-Espinoza, H., & Roldán Tonioni, A. (2017). Sociedad, epistemología y metodología en Boaventura de Sousa Santos. *Convergencia*, 24(75), 215-235. Recuperado el 03 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352017000300215&lng=es&tlng=es Principio del formulario
- Careaga, M. (2020). *Aproximaciones a la Epistemología para Universitarios*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Levinas, E. (2014). *Alteridad y trascendencia*. Fata Morgana, Madrid. (Obra original publicada en 1995)
- Lin, Y.-L., Davies, K., & Callery, P. (2017). Experience of maintaining tooth brushing for children born with a cleft lip and/or palate. *BMC Oral Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0412-3>
- Linares-Pérez, N., & Arellano, O. L. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la Salud Colectiva. *Social medicine (Social Medicine Publication Group)*, 3(3), 247–259.
- Marques, A. R., & Martins, L. A. (2022). Intercultural and Interepistemological (Inter)Action: Applying a Decolonizing Pedagogical Project for Education in Oral Health at the Guarani Indigenous School Mbya Nhamandu Nhemopu'ã. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS)* <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v15.n4>.
- Mignolo, W. (2013). *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Akal, Madrid. (Obra original publicada en 2000).

- Mignolo, W. (2014). *Desobediencia epistemológica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. 2 ed. Buenos Aires: Del Signo.
- Ortiz Ocaña, A. (2022). Decolonizar las ciencias sociales: altersofía y hacer decolonial. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6615732>
- Quijano, A. (2019). Que tal raza! In: *Ensaio em torno de la colonialidade del poder*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Quispe-Agnoli, R. (2021). Sujeto colonial. In: Colombi, B. *Diccionario de términos críticos de la literatura y la cultura en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2021.
- Said, E. (2007). *Orientalismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Santos, Boaventura de Sousa. (1998). De la mano de Alicia: *Lo social y lo político en la postmodernidad*. Colombia: Siglo del Hombre Editores, Ediciones Uniandes.
- Santos, Boaventura de Sousa (2003), *Crítica de la Razón Indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*, España: Desclée de Brouwer.
- Santos, Boaventura de Sousa (2005), *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*, España: Trotta. Principio del formulario
- Santos, M. P. A. dos., & Bastos, J. L.. (2024). Ethos antirracista em saúde bucal coletiva como imperioso à vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e06732023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.06732023>
- Smith, L. T. (2018). *Descolonizando metodologías: pesquisa e povos indígenas*. Paraná: Editora UFPR.
- Souza, E.H.A.D., Oliveira, P.A.P.D., Paegle, A.C., & Goes, P.S.A.D. (2012). Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Coletiva*; 17(8):2063-2070.
- Tubino, F. (2005). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político. Encuentro continental de educadores agustinos. Lima.



“Eu colonizei o Brasil... E também o mundo”: conversas em família

Amanda Lia Rebêlo Rabelo

O título “Eu colonizei o Brasil... e Também o Mundo” se refere a temas conversados em família. Minha mãe e minha avó se enchem de orgulho dos meus olhos claros herdados do meu bisavô branco de olhos azuis-anis e português. Neste ensaio apresento a história da colonização que se inicia em abril de 1500 com as frotas de caravelas atracando em terra firme do litoral brasileiro. Essa chegada ficou conhecida como “o descobrimento do Brasil”, bem como o momento de inclusão do Brasil na história universal, no entanto, como falar em “descobrimento” se homens ali viviam e foram avistados quase imediatamente às terras? Desse modo, apresentarei neste ensaio contradições e devaneios pessoais sobre a invasão dos portugueses escambiada por “modernidade” e “avanço” para os povos originários do Brasil, da África e da Ásia, quase simultaneamente.

Nesse cenário, se iniciou o processo implícito de colonialidade com base no historicídio e epistemicídio. Logo, a análise da colonialidade, decolonialidade e descolonização é crucial para entender as complexidades do mundo contemporâneo, especialmente no contexto do Brasil. Uma reavaliação das estruturas existentes e um compromisso com a construção de sociedades mais justas, emancipadas e livres do colonialismo, pois “não é mais suficiente negar as ideias ou as perspectivas (...) há a necessidade de destruir a colonialidade do poder mundial o quanto antes”.

Colonização *versus* Colonialidade

A história da colonização se inicia em abril de 1500 com as frotas de caravelas, comandadas por Pedro Álvares Cabral, que atracavam em terra firme do litoral brasileiro. Terras essas deflagradas por portugueses e o seu sistema econômico mercantilista, em vigor da Europa. Além da busca de metais preciosos, encontraram terra fértil, árvores preciosas, e povos originários daquela terra que viviam a seu modo.

Documentado na carta de “Achamento do Brasil” para o Rei de Portugal Dom Manuel I, Pero Vaz de Caminha (1500) “a feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos, narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma

cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto.”

A chegada ficou conhecida como “o descobrimento do Brasil”, bem como o momento de inclusão do Brasil na história universal, no entanto, como falar em “descobrimento” se homens ali viviam e foram avistados quase imediatamente às terras? Dessa forma, podemos enxergar a tomada de posse (ou invasão) não apenas do território, mas da história original brasileira pelo reino de Portugal. Essa invasão foi escambiada por “modernidade” e “avanço” para os povos originários do Brasil e de outras partes do mundo, quase simultaneamente.

Nesse cenário, para além da colonização europeia mundial se iniciou o processo implícito de colonialidade com base no historicídio e epistemicídio das populações originárias do Brasil, da África e da Ásia que seguem se reproduzindo nas escolas e na estrutura social e nos pensamentos das pessoas até os dias de hoje.

A colonialidade, segundo Quijano (2005), está associada à modernidade, como o Ocidente a denominou, conceito que aponta para as influências e as consequências do pensamento colonial nas formas de pensar, de viver e ser. Em uma lógica que mesmo com o “fim” do colonialismo ele permanece entre os saberes e diferentes modos de vida.

Mignolo (2010) nomeou essa “modernidade” como uma retórica distorcida e representação constante de colonialidade, pois elimina a epistemologia dos povos originários, e como “moeda de troca” e ou na obrigatoriedade lhes foram entregues roupas, tecidos, evangelização e nomearam esse processo como modernização ou novo mundo e incluídos ao modelo europeu para “evolúrem”.

Um dos pontos centrais da crítica de Quijano (2005) a cumplicidade entre a modernidade é a noção exclusiva e totalitária de totalidade. Sendo essa uma totalidade que nega, exclui, opaca a diferença e as possibilidades de outras totalidades, como se devêssemos seguir uma única epistemologia ou a uma monocultura de pensamentos, que no caso era a deles, a europeia.

E assim seguia o crescente domínio da epistemologia Ocidental e os povos originários das Américas, Ásia e África começaram a enfrentar um processo de inversão de reconhecimento. A política, a filosofia e a economia expandiram-se sem reconhecer cada um com a sua própria epistemologia, sendo esse o início do epistemicídio e do historicídio de várias nações.

A carta de Pero Vaz de Caminha foi escrita na primeira pessoa, a partir de sua própria perspectiva. A carta valoriza a cultura europeia, colocando-a em um nível superior, diminuindo a epistemologia do povo originário. Um dos pontos é a visão

eurocêntrica da carta, e como os padres que compunham as tropas estavam a catequizar os indígenas, sem demonstrar cuidado a cultura do povo originário, além de seguir descrevendo-os como selvagens e ou bárbaros por serem diferentes, e assim também para justificar a colonização e conseqüentemente a escravização dos povos originários. Com repetição de comportamento a cada novo continente invadido.

E^gurocentrismo

A Europa passou a se afirmar como “centro” da história mundial. A imagem (Figura 01) é a folha de rosto do atlas *Theatrum Orbis Terrarum*, documento oficial produzido por Abraham Ortelius, cosmógrafo do Rei Felipe II em 1570, que revela os aspectos ligados à concepção europeia que se tinha naquela época em relação aos continentes. Mapas também apresentavam a Europa como centro do mundo.

Na imagem do atlas *Theatrum Orbis Terrarum* podemos identificar os continentes representados como pessoas. A Europa está no local mais alto e imponente da imagem. Os indivíduos laterais representam a Ásia (esquerda), a África (direita) e, em posição deitada, oposta à Europa, está a América. Ao seu lado, há um busto sugerindo a possibilidade de um outro continente em processo de “descoberta”, seria a Oceania.

A Europa além de estar acima de todos na cena, possui uma coroa e um cetro como rainha no comando do mundo, está ricamente ornamentada, ao seu lado estão dois globos sinalizando que ela pode controlá-los. A Ásia está vestida, mas não como a Europa, ela carrega em sua mão um pequeno vaso sinalizando o seu ouro e iguaria. Já a África aparece pouco vestida, carregando um galho como se seus habitantes ainda vivessem do que a natureza oferece.

A América aparece totalmente nua e semideitada, pois os europeus consideravam os povos originários da América preguiçosos, atrasados e selvagens por ainda não utilizarem roupas, ela tem nas mãos uma cabeça de uma pessoa, para caracterizá-lo como bárbara e violenta e que viviam guerreando, como indicam as flechas. Talvez por estarem tentando sempre se defender da aculturação europeia. A imagem é uma boa representação do eurocentrismo e do encobertamento das outras epistemes.

A crítica ao modernismo eurocêntrico é a pretensão de um conhecimento excludente e rígido, sem visualização das diferenças. Os sujeitos e suas epistemologias foram colocados como inferiores e ou invisibilizados, desejados a seguir a singularidade da epistemologia europeia (Lander, 2005). Esse foi o modo de apagar as diferenças e instituir uma única monocultura de pensamentos.

Essa arrogância epistêmica, segundo Schweickardt e Barreto (2023) se constituiu também em uma relação de poder e subjugação dos outros povos. Desse modo, as outras epistemes foram descartadas e silenciadas como não-conhecimento e não-saber. Não resta dúvida dos prejuízos para as populações colonizadas até o presente, a colonialidade permanece nas estruturas sociais e políticas que reproduzem e mantem esses pensamentos.

Figura 1: Folha de rosto do atlas *Theatrum orbis terrarum*



Fonte: *Theatrum Orbis Terrarum*, de Abraham Ortelius (1527-1598), página de rosto, Antuérpia.

Descolonização e Decolonialidade

Desde meados de 1970, a ideia de que o conhecimento era também um instrumento de colonização e que, portanto, a descolonização implicava a descolonização do conhecimento e do ser (da subjetividade) (Mignolo, 2010). Como o conhecimento era usado para propagar a modernidade/ colonização é necessário pensar em como descolonizá-lo e isso foi expresso de várias maneiras e áreas diferentes.

Anibal Quijano, um dos autores mais influentes da teoria crítica e dos estudos decoloniais, em 1970 apresentou a Teoria da Dependência com debate na esfera política (envolvendo controle militar, estado, intervenção) e na economia, analisando as relações de dependência nas esferas entre centro e periferia utilizando os moldes de colonização/ modernidade.

Em 1977, Dussel, um dos maiores expoentes da filosofia da libertação e do pensamento latino-americano em geral insinuou essa relação de dependência entre centro e periferia no livro *Filosofia da Libertação* no capítulo de Geopolítica e Filosofia. Quijano em 1989 liga explicitamente a colonialidade do poder nas esferas política e econômica com a colonialidade do conhecimento e termina o argumento com a consequência natural: se o conhecimento é um instrumento imperial de colonização, uma das tarefas urgente que se tem é descolonizar o conhecimento.

A decolonialidade busca um rompimento com o tempo e espaço da modernidade europeia, que se colocou acima de todas as outras formas de vida, como sendo a mais avançada e mais civilizada e incluindo os outros povos em estágios evolutivos a partir de parâmetros eurocêntricos (Schweickardt e Barreto, 2023).

A descolonização não está restrita ao período de independência política dos países colonizados, como um período histórico, mas a decolonialidade se refere à uma luta epistêmica e política para a libertação do pensamento dominante sobre os povos das Américas.

A decolonialidade busca um rompimento com o tempo e espaço da modernidade europeia, que se colocou acima de todas as outras formas de vida, como sendo a mais avançada e mais civilizada e incluindo os outros povos em estágios evolutivos a partir de parâmetros eurocêntricos. Portanto, a primeira questão é negar a tese de hierarquização das civilizações e povos a partir da Europa. Essa “consciência global” que fundou a modernidade europeia a partir da “descoberta” das Américas e da expansão do pensamento europeu para as colônias (Lander, 2005) é a primeira crítica decolonial.

O projeto da decolonialidade é, portanto, produzir uma virada epistêmica nas formas de pensar a partir dos lugares do colonizado e das diversas epistemes que existem em diferentes territórios. Chimamanda (2019) refere que temos que superar a “história única” que amarrou as nossas consciências e as nossas memórias. O controle sobre a história foi uma estratégia colonial, subjugando os povos sob uma única história europeia e branca. Por isso, o movimento é pela multiplicidade de histórias que nos libertem para uma autonomia nos modos de pensar e recontar o passado e o presente.

Definiria a ideia linear da história eurocêntrica, descolonizaria as relações de poder coloniais tendo em vista a realização da pluriversalidade como um projeto global. A pluriversalidade representa a grande diversidade de saberes, com múltiplos encontros e confrontos (Schweickardt e Barreto, 2023). Assim a ideia de libertação se mistura com os processos de libertação epistêmica e com a radicalização destes na ideia de distanciamento epistêmico (Mignolo, 2010).

Considerações Finais ou Vitais

A colonialidade, decolonialidade e descolonização são conceitos fundamentais para entender as dinâmicas sociais, políticas e culturais que emergiram a partir do processo de colonização e como essas dinâmicas continuam a moldar o mundo contemporâneo. Esses conceitos têm relevância global, mas é essencial considerar suas manifestações específicas no Brasil e, mais particularmente, na região amazônica.

A colonialidade refere-se ao legado persistente do colonialismo que se estende além da retirada das potências colonizadoras. Ela abrange não apenas a exploração econômica, mas também a imposição de estruturas culturais, sociais e políticas que perpetuam relações de poder desiguais entre colonizadores e colonizados. A colonização muitas vezes resultou na marginalização de comunidades locais, na imposição de valores eurocêntricos e na exploração dos recursos naturais em benefício das potências colonizadoras.

Como disse Antonio Nóbrega representando o povo originário no Brasil na música *Chegança*, a fome e a sede no paraíso foi pressentida depois de avistar a grande esquadra portuguesa, e o pensamento de que aquele paraíso iria se acabar se equivale até os dias de hoje, só que de forma mais brutal. O povo originário não está mais assustado, o povo originário está amedrontado.

A decolonialidade, por sua vez, é uma abordagem crítica que busca desconstruir e desafiar essas estruturas coloniais. Ela envolve uma reflexão profunda sobre as formas como o pensamento ocidental e as instituições coloniais continuam a influenciar as sociedades contemporâneas. A decolonialidade propõe a desarticulação das estruturas que perpetuam a colonialidade e a construção de novos paradigmas que promovam a equidade, a diversidade cultural e a justiça social.

No Brasil, a herança colonial se reflete em questões como o racismo estrutural, a desigualdade socioeconômica e a marginalização de comunidades indígenas e quilombolas. A exploração desenfreada dos recursos naturais, incluindo a desmatamento na Amazônia, também é uma expressão da colonialidade que

impacta diretamente as comunidades locais e contribui para as mudanças climáticas globais.

Nos últimos 20 anos foram registradas 2.048 mortes de indígenas no Brasil, desses, 180 mortes ocorreram apenas em 2022 e nos últimos quatro anos 795, segundo o relatório *Violência contra os Povos Indígenas no Brasil*. E em 2023, as mortes de indígenas yanomami cresceram em 6% em relação a 2022, segundo os dados do Ministério da Saúde não apenas por violência física, mas também visceral, no sentido previsto e cantado lá atrás em *Chegança*, por desnutrição (fome) e agravos de doenças associadas a desmatamento, como a malária.

Na região amazônica, a colonialidade se manifesta de maneira única. A exploração dos recursos naturais, como madeira e minerais, frequentemente ocorre em detrimento das populações locais e do meio ambiente. Além disso, as comunidades indígenas enfrentam desafios significativos em termos de perda de território, violência e falta de reconhecimento de seus direitos. Eles, ainda, estão sendo dizimados pelo processo progressivo da colonialidade genocida que segue avançando, mas não se entregam, seguem lutando por demarcação de territórios e lutando por vida e lutando para um dia ter de volta o paraíso que lhes pertencem.

A descolonização, por sua vez, implica a transformação das estruturas sociais, econômicas e políticas que perpetuam a colonialidade. Isso pode envolver a revisão de políticas governamentais, a promoção da inclusão social, o respeito aos direitos das populações indígenas e a implementação de práticas sustentáveis de uso da terra na Amazônia.

No entanto, a descolonização não é um processo fácil e enfrenta resistência de forças que se beneficiam das estruturas coloniais existentes. É um desafio enfrentar as iniquidades profundamente enraizadas, mas é imperativo para construir sociedades mais justas e sustentáveis. Os herdeiros da colonização e dos colonizadores ou “não-indígenas” precisam se conscientizar de que a luta é descomunal e ao mesmo tempo compartilhada, pois estamos todos em terras (e somos parte) indígenas.

Em conclusão, a análise da colonialidade, decolonialidade e descolonização é crucial para entender as complexidades do mundo contemporâneo e obsoleto, especialmente no contexto do Brasil. Aprofundar nessas questões requer uma abordagem crítica, uma reavaliação das estruturas existentes e um compromisso com a desconstrução de sociedades ou construção de sociedades mais justas, emancipadas e livres do colonialismo.

Como disse Mignolo “não é mais suficiente negar as ideias ou as perspectivas de totalidade da modernidade/ racionalidade, há a necessidade de destruir a

colonialidade do poder mundial o quanto antes”. E para além disso, não se trata de apenas descolonizar os colonizados, mas também (e talvez fundamentalmente) ao colonizador que é aquele que detém as rédeas do controle da economia e da autoridade (Fanon como citado em Mignolo, 2010, p. 22-23). Sendo essa uma questão de considerações vitais.

Devaneios em versos soltos da autora e colonizadora

Eu colonizei o Brasil... e também o Mundo

Considerando os meus descendentes contribui na colonização do mundo

Houve genocídio dos povos originários quando eles se perceberam
invadidos e invalidados

Desde as chegadas das caravelas, Cabanagem e até os dias de hoje

O mesmo aconteceu na África e na Ásia

A gente tenta cercear os povos originários diariamente... monopolizar
cultura, religião, música

Eu colonizei o Brasil por ser descendente de meu avô que também era
descendente de algum desses invasores

A minha mãe e a minha avó se orgulham em contar que o meu avô era
português e os meus olhos claros serem herdados dele que tinha olhos
azuis-anis

Eu colonizei o Brasil porque sou parte meus avós, parte meus bisavós, parte
meus tataravós...

Mas com orgulho digo: quero decolonizar-me, descolonizar-me

Sou do Norte, sou amazonas... amazonense

Mais que da Europa eu sou do Norte (do Brasil),

Sou de terra indígena

Sou indígena, indígena somos todos nós

Sou plural

Eu colonizei o Brasil, (re)conheço a invasão,

(Re)conheço o genocídio indígena, o epistemicídio, o historicídio e todo o
sangue derramado

Eu colonizei o Brasil

Mas meu filho me ajudará a descolonizá-lo, decoloniza-lo

Tem espaço para todes

Todes é a pluriversalidade, é a possibilidade de reunir todas as diversidades
epistêmicas

Meu filho antes da primeira década de vida saberá que o Brasil não foi descoberto e sim invadido
Diferente de mim que somente na segunda década de vida descobriu que “o descobrimento do Brasil” ensinado na escola foi inventado
Os colonizados com mentes colonizadas
Quem descolonizará? Decolonizará?
Minha avó e minha mãe não sabem sobre colonialidade
Menos ainda sobre decolonialidade
Não são temas da escola aonde o colonialismo vem como progresso
Devemos começar a (des)aprender, (des)ver pela pré-escola onde tem o dia do índio
O dia do “índio” nas escolas é a imagem do indígena pela perspectiva de quem? Do colonizador ou dos colonizados?
O dia do indígena é todo dia.

Referências

- A carta de Pero Vaz de Caminha de 1500. (1500). Brasília. Recuperado em 29 de janeiro de 2024.
- Lander, E. A. (2005). *Colonialidade do Saber: Eurocentrismo e Ciências Sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Coleção Sur Sur, CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Argentina.
- Mignolo, W. D. (2010). *Desobediencia epistémica: Retórica de la Modernidad, Lógica de la Colonialidad y Gramática de la Descolonialidad*. Coleção Razón Política. 1. ed. Buenos Aires: Argentina.
- Quijano, A. (2005). *Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. Perspectivas latinoamericanas*. Coleção Sur Sur, CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Argentina.
- Schweickardt, J. C. & Barreto, J. P. (2023). *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: Práticas da medicina indígena na Amazônia*. 1. ed. – Porto Alegre: Rio grande do Sul.



Pueblos indígenas de Nicaragua y la Covid-19

Isamara Guadalupe Alemán Cruz
Maria Denise Schimith

Introducción

La población indígena, que sería de nuestra historia como latinoamericanos sin la existencia de ellos, sin la existencia de alguien que pudiese mantener vivo nuestro origen, nuestro pasado y todas esas crudas realidades que pudimos haber vivido con la colonización.

Realidades que a pesar de ser contadas en la historia como acontecimientos donde se contribuyó a mejorar de la calidad de vida de la población nativa, fueron acciones que marcaron la historia, acciones donde se vivió de violaciones y ultrajes de la integridad de la población indígena. Y son realidades que a pesar de que se vivió hace cientos de años, aun puede ser percibidas en la actualidad con el racismo y discriminación a los que son sometidas estas poblaciones, como la violación a sus derechos por la única razón de ser “diferentes” al resto de la población. Si bien en la actualidad se lucha por una mayor participación e integración de los pueblos originarios, y es punto de diálogo por diversas organizaciones, además de las mismas poblaciones originarias impulsados a buscar una mayor inclusión.

Persiste este rechazo o discriminación, que de alguna u otra forma hemos sido partícipe en nuestra sociedad. En Nicaragua a pesar de estar conformada la población por una gran cantidad de personas mestizas, la discriminación por el color de piel o raza es algo que puede ser observado en el trato que reciben al visitar la región del pacífico o cuando un colono visita la costa atlántica. Mirándolos con cierta compasión como que, si fueran dignos de lástima, teniendo poca participación ciudadana y estando divididos geográficamente de una forma muy marcada. También podemos mencionar ciertos aires de superioridad por parte de la población mestiza hacia las comunidades indígenas, invadiendo territorios protegidos por ellos y sin haber una autoridad que los respalde y haga valer sus derechos.

América Latina y el Caribe es una de las regiones más diversas del mundo (OPS, 2022). Es un universo heterogéneo por su carácter multicultural, pluriétnico y plurilingüe. Con una población entre los 45-50 millones de personas indígenas, correspondiendo al 40% de la población rural de América Latina y el Caribe (OPS, 2009). A pesar de los reconocimientos y acuerdos de las poblaciones indígenas que

existen en la actualidad sus derechos humanos, igualdad social política y económica se les ha sido negados. Reconociendo que en los países en desarrollo la prestación de los servicios de salud es de baja calidad, esta situación se agrava en las áreas de las poblaciones indígenas, por ser de difícil acceso.

La salud de los pueblos indígenas es un tema complejo y multifacético que abarca diversos aspectos, como la atención médica, el acceso a servicios de salud, la prevalencia de enfermedades, los determinantes sociales de la salud y la preservación de las prácticas tradicionales de curación.

Salud de los pueblos indígenas durante la pandemia de la Covid-19

Históricamente, los pueblos indígenas han enfrentado numerosos desafíos en materia de salud. La colonización, el desplazamiento forzado, la discriminación, la pérdida de tierras y recursos naturales, y la violación de sus derechos han tenido un impacto significativo en su bienestar general y en su salud física y mental.

El acceso a la atención médica es uno de los problemas más importantes. Muchas comunidades indígenas viven en áreas remotas o aisladas, lo que dificulta su acceso a servicios de salud básicos. La falta de infraestructura adecuada, personal capacitado y suministros médicos también contribuye a esta situación. Además, los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la falta de educación, la discriminación y la marginalización, tienen un impacto significativo en la salud de los pueblos indígenas. Estos factores contribuyen a la alta prevalencia de infecciosas, malnutrición, enfermedades crónicas y problemas de salud mental en estas comunidades.

Es importante destacar que los pueblos indígenas tienen sistemas de conocimiento tradicionales y prácticas de curación propias, que a menudo se basan en la conexión con la naturaleza y la espiritualidad. Estas prácticas pueden desempeñar un papel crucial en la salud y el bienestar de las comunidades indígenas. Sin embargo, debido a la falta de reconocimiento y apoyo, estas prácticas a menudo son marginadas o incluso criminalizadas.

Durante las pandemias, los pueblos indígenas sufren de tasas de infección más altas, síntomas y muertes más graves que la población en general, a causa del efecto de los determinantes sociales y culturales de la salud (Power *et al.*, 2020).

Los Pueblos Indígenas experimentan una carga más significativa de enfermedades infecciosas y no transmisibles en general, y esto está relacionado con las desigualdades sociales y de salud derivadas de la invasión y posterior colonización. El legado de la colonización para los pueblos indígenas incluye pobreza intergeneracional y concentrada, mala salud física y mental, problemas de

transporte y vivienda, mayores tasas de violencia doméstica y familiar, menor esperanza de vida y acceso inadecuado a una atención culturalmente segura (Allan & Smylie, 2015).

La salud de los pueblos indígenas en Nicaragua ha sido un tema de preocupación y desafío. Aunque existen iniciativas y programas destinados a mejorar la salud de estas comunidades, siguen enfrentando múltiples barreras y desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad.

Entre los principales problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas en Nicaragua se encuentran las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico, así como la falta de acceso a servicios de salud adecuados y culturalmente apropiados. Problemas que fueron determinantes para poder predecir el futuro de ellos durante la pandemia de la Covid-19, si bien el país entero vivió de desinformación en cuanto a los datos estadísticos del número de casos que se contabilizaban en el país, también no se tuvieron las medidas necesarias en cuanto a la prevención.

Como consecuencia de la desinformación que se vivió durante la pandemia, varios personajes Mayangnas que fueron entrevistados por Larry Salomón Pedro (miembro del pueblo Mayangna¹ de Nicaragua y experto en derechos humanos de los pueblos indígenas) con el tema de la pandemia respondieron irónicamente, que era una enfermedad que a ellos no los afectaría por tener buenas defensas, producto de la alimentación que llevan; por otro lado contestaron que era una enfermedad que ya existía entre ellos y que hasta el momento no les había pasado nada, otra de las respuestas fue que ellos se curarían con terapia tradicional, en caso de contraer la enfermedad (Pedro, 2020)

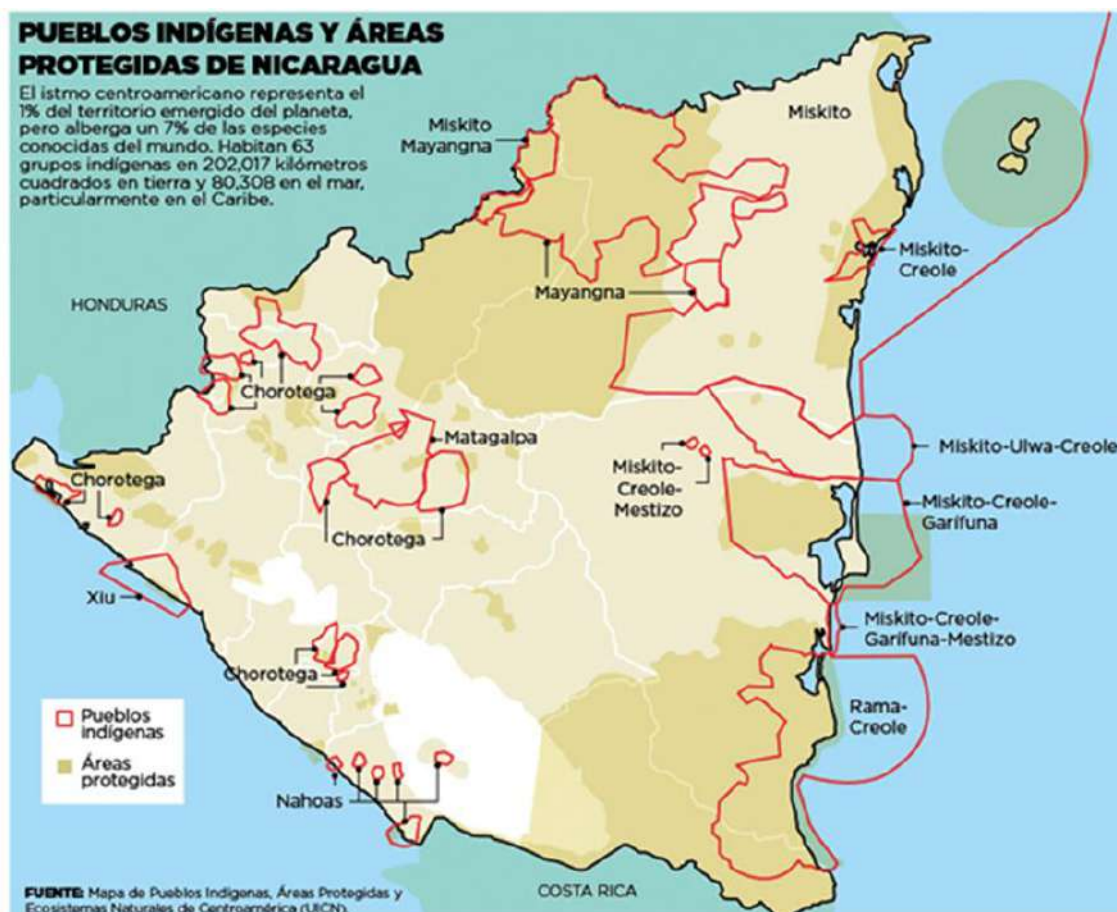
Como se menciona anteriormente las comunidades indígenas en Nicaragua, se vieron afectadas de manera desproporcionada por la pandemia de Covid-19 debido a las barreras preexistentes en el acceso a la atención médica, el saneamiento y los servicios esenciales (United Nations, 2021). Los factores contribuyentes que aumentaron el potencial de altas tasas de mortalidad causadas por Covid-19 en las comunidades indígenas incluyen la desnutrición y el acceso deficiente al saneamiento (Lane, 2020). Naciones Unidas enfatizó la importancia de proporcionar recursos como alimentos y equipos de protección personal (EPP) a las comunidades indígenas para mitigar el impacto del Covid-19.

Sumado a todo esto, es necesario destacar las múltiples crisis climáticas que viven los pueblos indígenas en los territorios y comunidades de la Costa Caribe. Como los

¹ Población transfronteriza que habitan en la Región Autónoma del Atlántico Norte. Subdivididos en Sumos del Norte o Mayangna, y los Sumos del Sur o Ulwas.

efectos catastróficos de los huracanes ETA y IOTA de categoría 4 y 5 que impactaron la Costa Caribe Nicaragüense, en noviembre del 2020. Como consecuencia se agravó la situación alimentaria, vivienda, salud y la educación. Pasando muchas comunidades, de extrema pobreza a desamparo total (Naciones Unidas, 2020).

Figura 01: Pueblos indígenas y áreas protegidas de Nicaragua.



Fonte: VOS TV, 2019.

En abril, luego de que el Gobierno de Nicaragua ya hubiera reconocido los primeros casos de Covid-19, el diputado indígena Brooklyn Rivera, del partido indígena YATAMA (Yapti Tasba Masraka *Nanih Aslatakanka*, “Hijos de la Madre Tierra”), expresó lo siguiente en la declaración en la Asamblea Nacional de Nicaragua: “Hasta el momento no conocemos medidas particulares para nuestros pueblos”. Refiriéndose a que el Estado no ha emitido ninguna medida relacionada con la información o protección de los pueblos indígenas y afrodescendientes durante la pandemia (Ocaña, 2020).

Por lo tanto, los pueblos originarios tomaron la iniciativa de autoprotección, decretando el confinamiento, regulando el transporte de los desplazados y las

actividades al aire libre. El gobierno de la Región Autónoma Costa Caribe Sur (RACCS) decretó confinamiento voluntario en las doce comunidades indígenas y afrodescendientes de la cuenca de la Laguna de Perlas. Personas que residen en el extranjero recaudaron fondos para dotar al centro de salud de esta comunidad de materiales y equipo médico para enfrentar la pandemia (Herrera, 2020).

Otras comunidades por orden de sus gobiernos entraron en cuarentena. Esto ocurrió en el territorio Rama y Kriol², como parte de sus medidas de prevención, el gobierno territorial orientó a sus pobladores de cuarentena para evitar contagios de la Covid-19. Orientación que se extendió por 31 días en las 9 comunidades ramas y krioles. Antes a esta orientación, los ulwas del territorio de Karawala ya habían emitido una orden similar.

Estas medidas establecidas incluían la cancelación de todas las actividades de concentración, como deportivas, educativas, religiosas además se prohibió la circulación de personas ajenas a la comunidad. A pesar de que en el resto del país se vivía una incertidumbre y se continuaban con las actividades del día a día, sin tomar medidas preventivas que fuesen ordenadas por el gobierno; la comunidad indígena advirtió a las autoridades nacionales que se les fuese respetadas sus decisiones bajo el acuerdo de “Principio y derecho fundamental de la libre determinación que tienen los pueblos indígenas y afrodescendientes”. Sin embargo, después de la visita de funcionarios del Ministerio de Economía Familiar (MEFFCA) a la comunidad Kriol de Monkey Point, varios miembros de la comunidad presentaron síntomas de Covid-19, y una de ellas falleció (Newsroom Infobae, 2020).

En la comunidad ubicada en la isla de Cayo Rama, perteneciente a la ciudad de Bluefields a 300 km de la capital, Managua. Las comunidades indígenas que la habitan vivieron con mucho temor la pandemia, pues en la comunidad solo hay una farmacia que corresponde al pequeño puesto de salud que no brinda atención médica diario. Y es que esta isla no cuenta con centros de atención médica de forma privada, además de no haber más farmacias y ambulancias (Castillo Vado, 2020). Dejando en evidencia la realidad que viven nuestros pueblos indígenas en el acceso a los servicios y sistemas de salud.

En esta comunidad indígena, los líderes religiosos declararon auto cuarentena. Los habitantes que se contagiaron, con ayuda de la medicina tradicional pudieron mejorar de sus síntomas, sin embargo, quienes presentaron de síntomas

² Este territorio se encuentra conformado por seis comunidades Rama y tres comunidades Kriol. Para la administración de su territorio las nueve comunidades han conformado el Gobierno Territorial Rama- Kriol (GTR-K).

más graves fueron llevados en botes hasta Bluefields; en busca de atención médica (Castillo Vado, 2020).

La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) ubicado a más de 500 km de la capital vivió situaciones de precariedad y de desinformación durante la pandemia. Esto agravado por la pobreza, la distancia geográfica, el difícil acceso a estas comunidades y de todos los determinantes que fueron mencionados anteriormente.

Los pobladores de esta región se dedican en su mayoría a la agricultura y la pesca artesanal. Activistas comunitarios reportaron que se vivió de un gran número de contagios y de muertes, muchas de ellas por las condiciones de extrema pobreza que no les permitía comprar medicamentos o bien por no poder movilizarse hasta las unidades de salud por la lejanía. A causa de la desinformación los pobladores abrían los ataúdes de sus familiares para realizar las tradicionales velas en sus domicilios, lo que propiciaba la transmisión de la enfermedad (Vásquez, 2020).

Ciertas comunidades de la Costa Caribe Norte y Sur tomaron medidas de protección como la autoprotección. Siguiendo un protocolo de prevención de la enfermedad que adoptó cada comunidad de acuerdo con sus particularidades. Por ejemplo, el caso de las comunidades del Territorio de Li aubra ubicado en Río Wanki, no permitían que nadie ajeno a la comunidad ingresara al territorio y si eran comerciantes que llevaban alimentos y/o mercadería, la orientación era dejar la carga en un punto para que alguien de la comunidad, con las debidas medidas de prevención, fuera a recogerla y pasará por un proceso de sanitización.

Otro aspecto fundamental que adoptaron los pueblos indígenas y afrodescendientes es valerse del conocimiento tradicional y utilizar la medicina tradicional. Si bien es cierto que la pandemia del Covid-19, ha sido una enfermedad nueva que ha tenido que enfrentar la humanidad, en un 100% se puede decir que se acudió y se trató la enfermedad con conocimiento ancestral, mediante el uso de plantas, raíces y prácticas medicinales, que históricamente se ha usado para tratar enfermedades respiratorias y para fortalecer el sistema inmunológico. Lo anterior permitió que en algunas comunidades no tuvieran afectaciones graves por la pandemia.

Conclusión

En resumen, las condiciones socioeconómicas desfavorables, la marginalización y la discriminación son factores que a como mencionamos anteriormente, contribuyen a estas disparidades en salud. Muchas comunidades indígenas en Nicaragua viven en áreas rurales remotas y tienen dificultades para

acceder a centros de salud debido a la falta de transporte, la distancia geográfica y la pobreza.

A pesar de que el gobierno de Nicaragua ha implementado programas y políticas para abordar los diferentes problemas de salud que caracterizan estas poblaciones. Parece no ser lo suficiente para poder generar un impacto positivo y mejorar la calidad de atención en salud y brindar de un acceso universal, persisten desafíos significativos.

La falta de recursos, la infraestructura deficiente y la falta de personal capacitado en áreas indígenas continúan afectando negativamente la salud de estos grupos. Además, la falta de participación y consulta adecuada con las comunidades indígenas en la planificación y ejecución de programas de salud sigue siendo un problema importante.

La salud de los pueblos indígenas en Nicaragua enfrenta desafíos significativos debido a las disparidades en el acceso a servicios de salud, las condiciones socioeconómicas desfavorables y la falta de atención culturalmente apropiada. Si bien se han realizado esfuerzos para mejorar la situación, es necesario seguir trabajando en colaboración con las comunidades indígenas para abordar estas desigualdades y garantizar el derecho a la salud para todos.

En los últimos años, ha habido un mayor reconocimiento de la importancia de abordar los problemas de salud de los pueblos indígenas. Organizaciones internacionales, gobiernos y grupos de la sociedad civil han trabajado para mejorar el acceso a la atención médica, promover la equidad en salud y respetar los derechos de los pueblos indígenas.

A pesar de los avances, aún queda mucho por hacer para garantizar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas. Es fundamental que se respeten sus derechos, se promueva su participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud, se fortalezcan los sistemas de salud en las comunidades indígenas y se reconozca y valore su conocimiento tradicional en el ámbito de la salud.

Referencias

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Obtenido de Wellesley Institute advancing urban health: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Castillo Vado, H. (2020). *Nicaragua: comunidad indígena enfrenta la pandemia y abandono del gobierno*. Obtenido de Voz de América: <https://www.vozdeamerica>

.com/a/centroamerica_indigenas-nicaragua-enfrentan-pandemia-y-abandono-gobierno/6067640.html

Herrera, J. (2020). Shakira Simmons: «*Mientras más negra sos, más probable que te discriminen*». Obtenido de La Lupa: <https://lalupa.press/racismo-en-nicaragua-mientras-mas-negra-sos-mas-probable-que-te-discriminen/>

Lane, R. (2020). UN/DESA Policy Brief #70: *The Impact of Covid-19 on Indigenous Peoples*. Obtenido de United Nations: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-des-a-policy-brief-70-the-impact-of-Covid-19-on-indigenous-peoples/>

Naciones Unidas. (2020). *Nicaragua: El potencial efecto destructor del huracán Iota puede llegar a afectar a 80.000 familias*. Obtenido de Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2020/11/1484142>

Newsroom Infobae. (2020). *Indígenas ramas y krioles de Nicaragua se declaran en cuarentena por Covid-19*. Obtenido de infobae: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/06/03/indigenas-ramas-y-krioles-de-nicaragua-se-declaran-en-cuarentena-por-Covid-19/>

Ocaña, D. (2020). *Pueblos indígenas de Nicaragua vulnerables y sin información ante la pandemia*. Obtenido de: <https://www.vozdeamerica.com/a/nicaragua-pueblos-indigenas-vulnerables-ante-coronavirus-/5365560.html>

OPS. (2009). *Presentación de los servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Quito: OPS-Ecuador.

OPS. (2022). *Diversidad Cultural y Salud*. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>

Pedro, L. S. (2020). *La Coronavirus en los Pueblos Indígenas de la Costa Caribe (Tagusgalpa) de Nicaragua*. Obtenido de: <https://indigenas Covid-19.red/archivos /12011>

Power, Tamara, Denise Wilson, Odette Best, Teresa Brockie, Lisa Bourque Bearskin, Eugenia Millender, & John Lowe. (2020). «COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action». *Journal of Clinical Nursing* 29(15-16):2737-41. doi: 10.1111/jocn.15320.

United Nations. (2021). *Covid-19 and Indigenous peoples*. Obtenido de Department of Economic and Social Affairs Indigenous People: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/ Covid-19.html>

Vásquez, V. (2020). *La Covid-19 en el Caribe Norte: “Los indígenas estamos desamparados”*. Obtenido de: <https://confidencial.digital/nacion/la-Covid-19-en-el-caribe-norte-los-indigenas-estamos-desamparados/>

VOS TV. (2019). *Mapa de pueblos indígenas, áreas protegidas y ecosistemas de Nicaragua* / Cortesía [Image]. Recuperado de <https://www.vostv.com.ni/nacionales/11843-pueblos-indigenas-nicaragua-invasion-colonos/>



Colonización... ¿un regalo o un robo?

Solimar Sahory Colleman
Teresinha Heck Weiller

Introducción

Por más de 500 años, América Latina ha vivido sumergida en la discriminación e ignorancia enmascarada de un falso regalo que recibimos sin haber solicitado: La colonización. Nos dijeron que nos estaban trayendo un tesoro lleno de conocimientos, mientras ellos se llevaban el verdadero oro, las verdaderas riquezas. Es paradójico cómo, el latinoamericano ha pensado y aceptado como normal la idea de vivir sometido ante los que un día arrasaron con nuestras pertenencias, y no, no se habla solo de lo material, nos quitaron nuestros valores espirituales, nuestras creencias y nuestro ser completo.

La magnitud de la pérdida que como pueblos indígenas hemos enfrentado a lo largo de este tiempo, podría considerarse inmensurable; sin embargo, ¿Será que realmente la colonización debe verse como un mero robo, o realmente ha sido un regalo hoy día? ¿Será que merece la pena celebrar el 12 de octubre? ¿Tan significativa es la llegada de un desconocido a nuestra casa como para celebrarla por lo alto?

Con esto, no queda más que aceptar que nos hemos dejado violentar, hemos dejado que un europeo se sienta nuestro dueño, con el derecho de decirnos incluso, cómo pensar, cómo dejar de poner en práctica nuestros conocimientos y raíces ancestrales, para dar paso a la ciencia que ellos han traído. Han ejercido lo que hoy día podemos reconocer como “Violencia epistémica”, que no es más que este hurto que durante años hemos permitido.

Pero tan importante es también aceptar que, si bien es cierto, nos robaron nuestros más preciados tesoros como lo es nuestras raíces indígenas, también al facilitarnos este “Conocimiento científico” nuestras mentes han podido viajar más allá de las fronteras de una y mil maneras. Pero como no todo lo que brilla es oro, es necesario que reconozcamos el valor de lo propio.

Con este ensayo, se pretende realizar más que una simple contextualización, un análisis de lo que podría significar la colonización para los grupos indígenas desde diversos contextos, tratando de equilibrar y valorar los aspectos positivos y

los negativos y reconociendo que nada de lo que ha pasado, puede cambiarse, pero sí podemos hacer valer el presente y mejorar nuestro futuro.

Violencia epistémica

Se entiende por violencia epistémica a una serie de discursos sistemáticos, regulares y repetidos que no toleran las epistemologías alternativas y pretenden negar la alteridad y subjetividad de los Otros, de una forma que perpetúa la opresión de sus saberes y justifica su dominación (Pulido, 2009).

Las situaciones de violencia tienen su origen desde la creación del hombre mismo, lo han acompañado como parte de su día a día, ya que es él, como sujeto, quien ha normalizado las expresiones de violencia como una manera natural de adquirir y presentar poder a otra persona; con estos métodos violentos es que el ser humano busca cómo minimizar o anular por completo, el pensamiento de la otra persona e imponer el suyo.

Es curioso cómo, el ejercer violencia contra alguien, independientemente del tipo, surge no precisamente del miedo que quizá el colonizador imponga sobre el colonizado, surge más del hecho que el colonizado normaliza estas situaciones y ¿Por qué no? A veces hasta las justifica.

Si nos parece absurdo pensar que normalizamos los actos violentos, solo analicemos el ciclo de la violencia, una de ellas es la luna de miel; si hablamos en términos de agresor y víctima, en este momento, el agresor se encarga de hacerle creer a la víctima que está realmente arrepentido y que es algo que no volverá a pasar, incluso, la puede hacer sentir culpable de lo ocurrido (Cuervo & Martínez, 2013).

Es prácticamente imposible poder descifrar y detallar, sobre todo, cómo ocurrieron las cosas durante el período de la colonización; pero resulta realmente curioso el hecho de que en algunas literaturas se nos hace ver al europeo como aquel que vino a salvar al indígena de la ignorancia, aquel que vino a regalarle conocimiento, no solo las ciencias, sino, también, del sentido religioso. Hacerle creer al indígena que saber de Dios, amarlo, respetarlo, es básicamente su sentido de vida y es lo que permitió que el colonizado continuara en ese ciclo de violencia que, en su momento, era de nunca acabar como a veces expresamos.

Sin embargo, de acuerdo con la filosofía planteada por Walter Mignolo¹, no todo puede ser considerado realmente malo. Él nos deja ver que, la colonialidad como expresión de violencia es una de las más trágicas consecuencias de la

¹ Semiólogo argentino y profesor de literatura en la Universidad de Duke, Estados Unidos. Se le conoce como una de las figuras centrales del pensamiento decolonial latinoamericano y como miembro fundador del Grupo modernidad/colonialidad.

modernidad y al mismo tiempo, la más esperanzadora, en el sentido de que ha dado lugar a la descolonización (Ruiz-Estramil & Mignolo, 2016).

“No puede haber luz sin oscuridad”, pensamos entonces; cuando el sujeto colonizado comienza a darse cuenta de su propia conciencia es justo aquí, cuando el indígena, el latinoamericano, es víctima de la violencia epistémica, pues el europeo trata de hacerle ver que tiene libertad, una libertad disfrazada de “Modernidad”, expresando el colonialismo epistémico, mental que delimita el actuar del colonizado.

No obstante, cuando el sujeto logra percibir su conciencia, reconoce que ha sido meramente un “Consumidor de modernidad” y no un productor (Ruiz-Estramil & Mignolo, 2016). Y es aquí, donde el individuo ocupa el espacio de frontera. Mignolo (2010) nos dice que es este el momento, en el que el latinoamericano da lugar al pensamiento de fronteras mediante la desobediencia epistémica, o mejor conocida, la descolonización.

La descolonización en la historia de nuestras raíces

Así como en algún momento nuestros indígenas permitieron la entrada de los europeos a nuestras tierras, hoy por hoy, nosotros tenemos la tarea de rechazar esa colonización que en algún momento nos impusieron. Si bien es cierto que, con esto tuvimos sin lugar a duda, la oportunidad de conocer y aprender nuevas cosas que quizá y sí, podrían ser la causa mayor del desarrollo de hoy día.

Sin embargo, ¿A qué precio logramos obtener este “desarrollo”? Nuestros ancestros pagaron un precio muy alto, fueron ultrajados, humillados e incluso, asesinados, para que hoy pudiéramos decir que América es un continente desarrollado, o, mejor dicho, aun en proceso de desarrollo.

Nos toca ahora a nosotros, las nuevas generaciones, trabajar en la descolonización y liberarnos por completo de la atadura que el europeo nos dejó. Y para poder lograrlo y ser partes del proceso, es indispensable primero: “El cambio en el sujeto”. Es como cuando decimos que no pretendamos cambiar al mundo, sino cambiamos primero nosotros; pues bien, así es como el cambio de la actitud natural racista o individualista de la modernidad a la actitud decolonial de cooperación en la ruptura con el mundo de la muerte colonial es el momento más fundamental del giro decolonial. Esto es lo que se le ha llamado en primeros momentos, la descolonización de la mente (Maldonado-Torres, 2008).

A esto, se une Quijano, afirmando que, el desprendimiento comienza en la descolonización del conocimiento. Algunos autores la han considerado como desobediencia epistémica, por el hecho de que ya el sujeto busca desprenderse

desde la epistemología. ¿Y qué es la epistemología? Es la ciencia que indaga en el conocimiento, su origen, su forma y cómo debería de ser. En la búsqueda del origen del conocimiento se han creado diversas teorías; sin embargo, aquí lo realmente importante es el hecho que, durante siglos, se nos ha impuesto pensar como pensaría un europeo y actuar a su vez, acorde a ello y esto, ha sido el verdadero éxito del sistema colonial, hacer creer que únicamente el pensamiento del que está arriba (Colonizador) es el correcto (Piedrahita Rodríguez, 2020).

Esta descolonización la venimos observando en la historia, de forma paulatina a medida que el sujeto observa la caída de los grandes imperios, como pasó durante la segunda guerra mundial tras la caída de Europa, creando de esta manera una revolución que permitiera a los colonizados revelarse contra el colonizador, poder hacerle ver que el colonizado ya no es más un sujeto que cree y obedece, actualmente sabe y reconoce que el colonizador le ha mentido y detrás de estas mentiras se ha llevado lo más valioso para el latinoamericano: Su identidad y sus propias creencias.

Este pensamiento decolonial emergió así, desde la colonialidad como su contrapartida. Es así como se habla de la descolonización como un proceso histórico en el que muchos países han decretado no ser más “colonizados”, y aunque realmente es algo que viene desde hace mucho tiempo, se puede decir que su máximo desarrolló se observó en el año 1947 y 1965, que como bien sabemos y hemos mencionado, corresponde al período posterior a la segunda guerra mundial (Huguet, s/f).

Independientemente del momento en que haya surgido el interés por la descolonización o el lugar en el que se haya iniciado, es importante y necesaria una descolonización epistemológica que surja directamente de los pueblos excluidos y que han quedado fuera de las esferas del conocimiento moderno “universal” (Piedrahita Rodríguez, 2020).

Es necesario que se reconozca la importancia de darle a nuestras raíces indígenas la relevancia que se merecen, no solo como sociedad misma, sino también en los contextos específicos que atañen al sujeto: la salud, la educación, la cultura y sus tradiciones. Hay que reconocer que sí, necesitamos participar en el proceso de descolonización, pero desde el reconocimiento, uso y respeto que merece los saberes que aportaban nuestros ancestros.

La salud de nuestros ancestros y el impacto de la colonización

Mucho antes de que nuestras tierras fueran ultrajadas durante la colonización y aún, después de ella, aunque en menor medida, nuestros ancestros ofrecían toda

su sabiduría al servicio de las comunidades y aunque los términos de enfermedad han variado según territorio, por ejemplo, en el Norte de México es conocida como “espanto”; en cambio, en Nicaragua existen muchos términos de acuerdo con el mal que aqueje la persona, podemos destacar el Grisis Siknis como la más conocida por los pueblos indígenas; al final, el objetivo de cada comunidad ha sido y es el mismo: “Curar”

Sin embargo, es precisamente con la colonización que, se altera nuestra naturaleza y el médico tradicional, curandero, chamán, meraya, como sea que se le llame según el territorio, ha ido perdiendo credibilidad ante la comunidad. ¿Por qué? El europeo vino e impuso lo que, para él, es lo correcto, lo ideal, lo reglamentado: La medicina científica, la que nos ha llevado a la actualidad, al mercantilismo, al consumismo; nos han hecho creer que, si no consumimos “vitaminas, minerales” no estaremos bien, no tendremos salud.

Resulta totalmente paradójico cómo durante el tiempo precolonial, fácilmente éramos sanados, nuestro espíritu era equilibrado con los métodos tradicionales implementados por nuestros propios médicos, nuestros sabios y ahora, si acudimos a ellos, “nos intoxicamos”, “empeoramos”, “morimos”. Le hemos restado importancia a nuestras raíces y nos hemos apropiado de lo que no es nuestro haciéndolo parte de nuestra vida e incluso, de nuestro ser.

En la medicina tradicional, nuestra medicina, se sanaba al enfermo, al que tenía empacho, al que tenía un espanto, mediante cantos, raíces de nuestros árboles y hierbas, mediante sesiones de sanación que permitían al médico indígena equilibrar lo que se encontraba mal con el espíritu de la persona. Hoy día, ameritamos tomar “medicamentos” que, aunque van dirigidos a la afectación, nos provocan muchas veces la necesidad de más medicamentos, quizá por alguna reacción adversa como los malestares gastrointestinales que vienen después de ciertas pastillas.

¿Nos hemos preguntado de dónde vienen estos famosos medicamentos? Extraordinariamente, en su mayoría son elaborados a base de plantas, curioso, ¿No? Nos han impuesto el uso de sus medicinas y hemos dejado el uso de las nuestras, que son realmente la base de la mayoría de las que ellos han creado para aumentar el consumismo y hacernos creer que lo que ellos nos ofrecen es lo mejor.

No obstante, con el surgimiento de la descolonización, los pueblos indígenas se han ido abriendo paso nuevamente y han retomado el lugar que les corresponde en la sociedad, tal es el caso de muchos países latinoamericanos, como Nicaragua, donde el sistema de salud ha creado estrategias para que el pueblo indígena pueda

hacer uso de la medicina tradicional si así lo consideran, siempre acompañados de personal médico para un adecuado seguimiento.

Como ejemplo de ello, se puede mencionar el MASIRAAN y MASIRAAS, que son el Modelo de Atención de Salud Intercultural con el que se pretende mejorar la calidad de vida y salud de los pueblos indígenas de la costa caribe norte y sur del país. En conjunto con este modelo es que se ha ido permitiendo con el paso de los años, el acompañamiento de parteras durante el trabajo de parto y parto de mujeres pertenecientes a estas regiones, esto dentro de las normativas vigentes en el país relacionadas a la atención de parto humanizado, Modelo de salud Familiar y Comunitario (MOSAFC, 2008).

Así es como se logra dar reconocimiento a las enfermedades propias de los pueblos indígenas, en el caso de la costa caribe en Nicaragua, podríamos mencionar la que más impacto ha causado, el *krisi siknis*, enfermedad que ha estado a la población de dicho territorio desde tiempos antiguos y que aún el médico “moderno” no ha logrado curar; pues bien, en Nicaragua se reconoce la restitución de derecho de todos y todas independientemente de su etnia, así que el Ministerio de Salud (MINSAL) ha reconocido dicho acontecimiento como una enfermedad más, permitiendo que el médico tradicional de estas comunidades (*sika lan uolika nani*) sea quien maneje estas situaciones, acompañados de personal médico ante cualquier eventualidad que amerite su intervención (Espinoza & Pastorino, 2021). Así es como parte de los pueblos indígenas de Nicaragua contribuyen a la descolonización desde el contexto de la atención a la salud.

La colonización religiosa

Así como con la medicina, nuestros ancestros tenían en la religión sus propias creencias mucho antes de la colonización. Por ejemplo, las prácticas espirituales que realizaban en la época precolonial. Estos ritos que realizaban los indígenas antes del período de colonización varían entre cada país e incluso, entre cada grupo indígena del que podamos hablar. Por ejemplo, existían grupos en los cuales, los dioses más importantes, eran el dios sol y la diosa luna y realizaban rituales para poder obtener ciertos favores de ellos.

En Nicaragua, por ejemplo, de acuerdo con la mitología indígena, se creía en dos dioses creadores, “Tamagastad y Cippatonal” quienes eran los encargados de cuidar del mundo, que en ese entonces consideraban era una bola de cristal y que en su interior había líquido, a estos dioses se les consideraba vestidos de indios y de piel morena y que vivían acompañados de divinidades menores, considerados

coautores de la creación y con quienes consultaban las ideas referentes a la creación (Aburto, 2018)

Todas estas creencias fueron desapareciendo con la colonización y de cierta manera afectaron las creencias indígenas que tenemos en nuestras raíces. Sin embargo, aun en muchos lugares de Latinoamérica, los pueblos indígenas han ido recuperando y haciendo valer su identidad ante el mundo, sus creencias religiosas, con la diferencia que, en la actualidad, la mayoría de los indígenas latinoamericanos han realizado una mezcla entre el catolicismo (religión europea por excelencia) y el politeísmo indígena.

Hasta cierto punto, siguen practicando rituales, sobre todo cuando se tratan de rituales donde el objetivo es conseguir sanar a un enfermo; sin embargo, de una u otra manera el indígena ha adoptado la creencia de un solo Dios como suya. ¿Está mal? No lo creo, considero que hay cosas que se deben agradecer a la colonización y una de ellas, puede mencionarse la existencia de un Dios único, sin perder nuestras raíces.

Interculturalidad y la colonización

En el contexto de la interculturalidad, más que un análisis de diferentes textos encontrados es necesario que analicemos y reconozcamos que la colonización si bien es cierto, nos quitó muchas cosas referentes a nuestra identidad como indígenas, también nos permitió poder variar nuestro conocimiento sobre las diferentes culturas que pueden existir en el mundo. La interculturalidad es definida por la UNESCO, como la presencia de interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo (Ríos, 2019).

En el período precolonial, ¿Cuándo habríamos imaginado compartir, por ejemplo, la atracción por el arte, la música con personas de otros países? ¿Cómo hubiésemos aprendido idiomas diferentes y comunicarnos tan fácil con alguien al otro lado del mundo? Son cosas que equilibran, más no justifican la colonización o, mejor dicho, la manera en la que se nos impuso. Poder hoy día conocer múltiples culturas, sus creencias, sus tradiciones es lo que ha contribuido en parte a que abramos nuestra mente y aportemos a la descolonización. ¿Por qué? Así como nosotros conocemos de otras culturas, otros conocen la nuestra y se enamora y eso, aumenta ese deseo imperioso de hacer realzar nuestros orígenes, poder decir con orgullo en cualquier parte del mundo: ¡Soy Nica! ¡Soy Latinoamericano! Y ver cómo muchos europeos incluso, quedan fascinados con nuestra cultura.

Eso, podría ser el día de hoy, ese comienzo que tanto necesitamos para poder luchar por recuperar al 100% nuestra identidad, nuestra cultura, sin menospreciar, pero, sobre todo, sin hacer más importante otra distinta a la nuestra.

Conclusiones

Debemos ser y estar claros que la colonización como mero acontecimiento histórico no ha sido del todo malo y aunque sí, hemos perdido parte de nuestra identidad y raíces culturales, hemos tenido también la oportunidad de diversificarnos y en la diversidad, encontramos cambio y el cambio, no siempre es malo, siempre que se realice con buena actitud.

Lo que sí podemos decir, ha sido lo malo de la historia de la colonización, el método utilizado para efectuar poder: la violencia, la discriminación, la humillación que han llevado a que los pueblos indígenas queden invisibles ante la humanidad completa, como si no hubiesen existido.

Como bien nos dicen Sandoval & Lasso (2014, p. 6):

la llegada de occidente a América no debió darse o que ha sido el problema. Se trata del cómo se materializó este arribo, de las innumerables atrocidades que justificó ese mito civilizatorio con el que se llegó a América y que paradójicamente se llevó a cabo a través de la barbarie, sin diálogo ni razón aparente, por parte de quienes se autodenominarían como portadores únicos de civilización. Aún hoy podemos ver cómo se utiliza este concepto de un modo bastante cotidiano como opuesto a lo sucio, lo grotesco, lo profano, lo instintivo o simplemente hacia conductas de culturas y pueblos que difieren en su modo de vida al de occidente.

Se trata ahora de poder volver a apropiarnos de lo nuestro, ya adquirimos los conocimientos de otras culturas y hasta las hemos hecho propias, celebraciones que hacemos importantes y que son realmente ajenas. Es por eso que deberíamos cuestionarnos lo siguiente: ¿Deberíamos descolonizarnos realmente de la influencia europea o de la influencia que nosotros mismos nos hemos impuesto? Y digo esto último debido a que el latinoamericano se ha apropiado de todo, y ha hecho suyo todo, menos lo que es realmente nuestro.

Hemos dejado a un lado nuestras pertenencias por ir tras lo de los europeos. ¿Podrá ser aceptado el término “auto-descolonización”? Debemos iniciar un proceso de desintoxicación europea, sí, pero desde nosotros mismos, desaprender para aprender como muchos autores le llaman.

Referencias

Aburto, A. (2018). La creación indígena (relato de la mitología de Nicaragua). Culturales, noticias nacionales. El Aventino. <https://elaventino.wordpress.com/2018/10/31/la-creacion-indigena-relato-de-la-mitologia-de-nicaragua/>

- Cuervo, M., Martínez, J. (2013). Descripción y caracterización del ciclo de violencia en la relación de pareja. *Rev Fac Psic.* Vol. 8, No. 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4630290>
- Espinoza, S. & Pastorino, M. (2021). Pauka/krisi siknis desde la atención del personal de salud en Bilwi y Waspam río Coco. *Revista Ciencia e interculturalidad.* Año 14. Vol 29. No. 2. <https://www.lamjol.info/index.php/RCI/article/view/13314/15451>
- Huguet, M. El proceso de descolonización y los nuevos protagonistas. La contemporaneidad reciente: el siglo XX. Capítulo 13. <https://core.ac.uk/download/pdf/29401102.pdf>
- Maldonado-Torres. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula Rasa.* 09 (61-72). <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1502>
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica: Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad.* Ediciones del Signo. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud. (2008). Marco conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC). Nicaragua.
- Piedrahita Rodríguez, J. A. (2020). La descolonización epistemológica y la educación política en Colombia. Hacia una perspectiva ciudadana del buen vivir. *Foro de Educación,* 18(1), 47-65. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.720>
- Pulido, G. (2009). Violencia epistémica y descolonización del conocimiento. Universidad de Jaén. *Sociocriticism.* XXIV (1 y 2).
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indíg.* 13(29): 11-20. <https://www.lavaca.org/wp-content/uploads/2016/04/quijano.pdf>
- Ríos, C. (2019). Interculturalidad y Universidad. *Sel And. Amazonia,* Perú. <https://doi.org/10.36610/j.jsars.2020.110100057>
- Ruiz-Estramil, I., & Mignolo, W. Habitar la frontera. (2016). *Sentir y pensar la descolonialidad* (antología, 1999-2004). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Vizcaya, España. Papeles del CEIC, núm. 1, pp. 1-6. Barcelona, España.
- Sandoval Zapata, K., & Lasso Otaya, H. (2014). Evangelización, encubrimiento y resistencia indígena en el valle de Sibundoy Putumayo. *Historia Y Espacio,* 10(43), 33–57. <https://doi.org/10.25100/hye.v10i43.1208>



Policrise, ambiguidade sociocultural e decolonialismos na capacidade adaptativa de migrantes venezuelanos

Yorman Paredes-Marquez
Sâmia Maracaípe Lima
Leandro Luiz Giatti

Introdução

A migração é um direito previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, garantindo ao ser humano, que possui uma natureza social e móvel, o direito universal de se deslocar. Este direito é intrínseco a todos, independentemente de onde estejam. A necessidade de migrar surge por diversos motivos, como a escassez de alimentos, conflitos armados, busca por melhores condições de vida, perseguições, ameaças à sobrevivência, desastres naturais, violação de direitos fundamentais, entre outros (Ventura, 2015).

Desde a chegada dos colonizadores europeus no século XV, a América Latina tem sido palco de movimentos migratórios tanto forçados quanto voluntários. A colonização pelos impérios europeus envolveu a migração forçada de povos indígenas, africanos escravizados e colonos europeus, estabelecendo uma hierarquia racial e uma divisão étnica do trabalho que perduraram após as independências. Na Venezuela, a migração começou internamente, mas, com o tempo e dadas as condições desumanas de vida, especialmente em relação à alimentação, saúde e educação, os processos migratórios se intensificaram, preferencialmente para países vizinhos. A deterioração econômica, social e a instabilidade política geraram uma onda migratória sem precedentes na região (Banco Mundial, 2018), resultando em violação dos direitos humanos (Paz Noguera *et al.*, 2021).

Organismos multilaterais apontaram o fenômeno migratório venezuelano como uma das maiores crises enfrentadas na América Latina. Ventura (2015) destaca que as pessoas que migram são vítimas da forma de organização política dominante do Estado Moderno, muitas vezes de maneira forçada. A crise política, marcada por violência e repressão, também contribuiu para a decisão de muitos venezuelanos de abandonar o país (Weitzman e Huss, 2024). Dados mais recentes da UNHCR apontam que 6,9 milhões de venezuelanos migraram de 2017 a 2023

devido à crise política e socioeconômica, com o Brasil sendo um dos principais países anfitriões, "criando o maior deslocamento na história recente da América Latina" (the UN Refugee Agency [UNCR], 2024).

A chegada dessas pessoas é marcada pela falta de posses e incertezas, pois, ao contrário dos imigrantes não-forçados, não sabem por quanto tempo terão abrigo ou quando poderão trabalhar para suprir suas necessidades e de suas famílias (Kreuzbauer e Kriechbaum-Vitelozzi, 2006). Após enfrentar diversas dificuldades, os imigrantes ainda enfrentam mudanças geográficas e problemas práticos e estruturais, como a necessidade de encontrar alimentação, medicação, vestuário, habitação e proteção (Crockett *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2016).

Essas situações têm levado os venezuelanos a vivenciarem situações de vulnerabilidade extrema. Após sobreviverem à escassez e atravessarem a fronteira, expondo-se ao risco de morte nas rotas do tráfico de drogas, chegam a Boa Vista, capital do estado de Roraima, onde sofrem múltiplos preconceitos (McCauliffe *et al.*, 2019). São vítimas de situações persistentes de discriminação, xenofobia, exploração laboral e crescente desrespeito à dignidade da pessoa humana (Cabieses *et al.*, 2018).

A migração venezuelana para o Brasil, especialmente para o estado de Roraima, está intrinsecamente ligada à herança colonial das relações de poder na América Latina. A Venezuela, assim como outros países da região, carrega os legados do colonialismo europeu, refletidos em desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural e concentração de poder nas elites tradicionais. Pessoas que, impactadas por seus deslocamentos, muitas vezes forçadas, têm elevado potencial para desenvolvimento de doenças e agravos de ordem tanto física como emocional (Guerra *et al.*, 2019). Além disso, com a pandemia da Covid-19, as vulnerabilidades socioeconômicas e de saúde foram exacerbadas. Doenças e agravos físicos decorrentes, em sua maior parte, das más condições de vida e trabalho pioram ainda mais a condição de vulnerabilidade dos imigrantes.

Pesquisas recentes sobre a situação na dimensão programática destacam os marcadores de vulnerabilidade, como o acesso aos serviços de saúde, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e as práticas de saúde, consequências das fragilidades no campo das políticas públicas direcionadas à saúde dos imigrantes (Cavalcante Neto *et al.*, 2023). Além disso, a barreira do idioma é ressaltada como o principal limitador do acesso aos serviços de saúde, seguido do tempo de espera para o atendimento e os custos dos serviços. A vulnerabilidade dos refugiados está relacionada a muitos fatores, desde as condições que os fizeram sair do seu país, que representam uma grave violação aos direitos humanos e às

liberdades fundamentais, até a falta de documentação, orientação para conseguir acolhimento e refúgio e, principalmente, as diferenças culturais, como a linguagem e os costumes. A importância da redução da vulnerabilidade é apontada por Chambers (1989) como tão fundamental quanto a importância da redução da fome.

Os migrantes frequentemente enfrentam desafios relacionados com a identidade e o sentimento de pertencimento. Isso inclui a dificuldade em conciliar sua identidade cultural nativa com as novas normas culturais do país anfitrião. Podem sentir-se divididos entre preservar sua herança cultural e adaptar-se ao novo ambiente, levando a um sentimento de ambiguidade sobre onde realmente pertencem (Green e Staerklé, 2013; Bond, 2022). As diferenças dessas pessoas, explicitadas pela língua, pelo sotaque, pelas vestimentas ou por determinados costumes e comportamentos, muitas vezes pouco dizem sobre suas cosmovisões (Martin *et al.*, 2018).

A "Canção do Subdesenvolvido" de Carlos Lyra, com sua letra rica e significativa, oferece uma crítica contundente ao subdesenvolvimento no Brasil, narrando a transição do Brasil do período colonial para seu estado contemporâneo de subdesenvolvimento, destacando a exploração e a dependência do capital estrangeiro. Este quadro histórico de dependência e desigualdade se reflete na situação dos migrantes venezuelanos no Brasil. Fugindo de uma profunda crise econômica e política na Venezuela, muitos migrantes enfrentam condições precárias e dependem de ajuda humanitária e programas de integração que nem sempre são suficientes ou eficazes. Outro aspecto destacado pela música é a resistência cultural e a preservação da identidade brasileira. Os migrantes venezuelanos no Brasil também enfrentam o desafio de manter sua identidade cultural enquanto se adaptam a uma nova sociedade.

A pesquisa qualitativa pode fornecer informações sobre possíveis intervenções para atender às necessidades de saúde dos migrantes, revelando temas não antecipados que são importantes para eles. Isso pode levar a novas áreas de pesquisa e ser potencializado com uma abordagem participativa, permitindo a interação e o empoderamento, rompendo o isolamento de grupos marginalizados e apoiando a inclusão cognitiva, a diversidade, a ecologia do conhecimento e a hibridização nos processos de tomada de decisão (Giatti *et al.*, 2021).

O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender as dinâmicas da migração venezuelana no Brasil, no contexto global de polícrises, ambiguidade sociocultural e persistência da colonialidade na racionalidade e no poder. Busca-se explorar como esses fatores inter-relacionados afetam a experiência dos migrantes venezuelanos,

identificando os desafios específicos que enfrentam em termos de integração social, acesso a serviços básicos e adaptação cultural. Consideramos que esses atributos operando conjuntamente são componentes fundamentais daquilo que pode ser a capacidade adaptativa desses grupos sociais em condição de vulnerabilidade. Além disso, a pesquisa pretende fornecer um marco teórico e empírico para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de apoio que promovam uma integração inclusiva e equitativa dos migrantes na sociedade brasileira.

Este capítulo de livro faz parte do estudo de doutorado: "Resiliência, vulnerabilidade e capacidade adaptativa de migrantes venezuelanos às mudanças climáticas em São Paulo, Brasil", desenvolvido na Universidade de São Paulo através da Faculdade de Saúde Pública. Este estudo se baseia em levantamento bibliográfico e uma metodologia qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas. A metodologia foi dividida em duas etapas principais.

Na primeira etapa, a revisão da literatura foi realizada utilizando uma metodologia de revisão de escopo, que visa mapear rapidamente os conceitos-chave e as principais fontes e tipos de evidência, buscando uma cobertura profunda da literatura disponível (Arksey e O'Malley, 2005). Foi utilizada a ferramenta de busca "PICO" e operadores booleanos nos idiomas inglês, espanhol e português em diversas bases de dados, incluindo Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL Plus, Scielo, Redalyc, LILACS, PubMed, Clarivate Analytics Web of Science e DIALNET.

A segunda etapa utilizou entrevistas semiestruturadas com atores de organizações não governamentais que trabalham diretamente com migrantes venezuelanos em São Paulo, Brasil. Foram realizadas quatro entrevistas em profundidade com representantes de organizações não governamentais que trabalham com migrantes, bem como com funcionários de diferentes ONG, incluindo a Abraven (Asociación Brasileña de Amigos para Venezuela), a Federação Internacional para Desportistas Refugiados, Casa Venezuela e Casa de Acolhida AIRE. A abordagem qualitativa permite uma compreensão profunda das experiências e percepções dos migrantes, facilitando a identificação de barreiras e estratégias de enfrentamento a partir da perspectiva dos próprios migrantes.

Os critérios de inclusão para a seleção dos entrevistados foram: ser líder ou representante de nacionalidade venezuelana de uma ONG que atua diretamente com migrantes; ter experiência no trabalho com esta população e estar envolvido em projetos ou iniciativas voltadas para a integração social e cultural dos migrantes. As entrevistas foram conduzidas em português e espanhol, conforme a preferência do entrevistado, e tiveram duração média de 30 a 60 minutos. Os temas abordados

incluíram as principais barreiras enfrentadas pelos migrantes, estratégias de integração, desafios culturais e linguísticos, e a percepção sobre as políticas públicas existentes.

Em 2023, o projeto de pesquisa foi aceito e aprovado pelo comitê de ética da FSP/USP por meio da Plataforma Brasil (CAAE 70227823.0.0000.5421). Portanto, as entrevistas foram previamente previstas e contaram com a entrega e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo assim os princípios éticos da pesquisa. A análise das entrevistas foi realizada utilizando o método de análise temática (Braun e Clarke, 2006), permitindo a identificação de padrões e temas recorrentes nas experiências relatadas pelos líderes das ONG. Este enfoque metodológico possibilitou uma compreensão aprofundada das complexidades da migração venezuelana no contexto brasileiro, destacando as intersecções entre vulnerabilidade social, ambiguidade sociocultural e os efeitos da polícrise global.

História da Migração e Colonialidade na América Latina

Desde a chegada dos colonizadores europeus no século XV, a América Latina tem sido palco de movimentos migratórios tanto forçados quanto voluntários. A colonização impôs novas hierarquias raciais, sociais e econômicas que se perpetuaram ao longo do tempo. A exploração dos recursos naturais e humanos, juntamente com a imposição de sistemas políticos e econômicos externos, criou uma estrutura de desigualdade que persiste até hoje.

Quijano (2000) introduziu a teoria da colonialidade do poder e do eurocentrismo para entender a história da América Latina. A conquista do continente estabeleceu um novo padrão de poder mundial baseado na classificação racial da população e na articulação de diversas formas de controle do trabalho em torno do capital e do mercado global. Esse processo conferiu à Europa Ocidental, particularmente a Espanha e Portugal, uma posição privilegiada como centro do capitalismo mundial. Isso não apenas determinou uma divisão racial do trabalho, com as raças colonizadas associadas a formas de trabalho não assalariado, mas também levou à imposição de uma perspectiva eurocêntrica do conhecimento e da cultura. A colonialidade do poder implicou a repressão e expropriação dos saberes dos povos colonizados, relegando-os a um passado "primitivo" em contraste com a suposta superioridade da modernidade europeia.

A colonização da América Latina pelos impérios europeus envolveu a migração forçada de povos indígenas, africanos escravizados e colonos europeus. Esse processo estabeleceu uma hierarquia racial e uma divisão étnica do trabalho

que perdurou após as independências. No século XIX e início do XX, houve uma onda de imigração europeia para a América Latina, especialmente para países como Argentina, Brasil e México. Essa migração era vista como uma forma de "branqueamento" da população e de substituição da mão de obra escrava. Nas décadas após a Segunda Guerra Mundial, houve intensos fluxos migratórios internos na América Latina, com um êxodo rural em direção aos centros urbanos. Esse processo de urbanização acelerada reforçou as desigualdades sociais e a segregação racial nas cidades. Nas últimas décadas, a América Latina também tem sido destino de migrantes vindos de outras regiões do Sul global, como haitianos, venezuelanos e centro-americanos. Essas migrações desafiam as hierarquias raciais e de cidadania estabelecidas durante a colonização. As políticas migratórias na América Latina carregam a herança da colonialidade, privilegiando certos perfis de migrantes em detrimento de outros, com base em critérios étnicos, raciais e de classe (Gutiérrez, 2018).

Apesar das melhorias nas condições de vida em vários países da América Latina nos últimos anos, devido a diferentes trajetórias econômicas, políticas, sociais e culturais, esse legado colonial continua a ter profundas implicações nas estruturas de poder, no conhecimento e na subjetividade na América Latina até hoje. A imposição de práticas e costumes do continente europeu fomentou a depreciação e vulnerabilidade das culturas locais, devido ao desprezo e inferioridade atribuídos às múltiplas formas de conhecimento tradicional. Isso serviu como um instrumento de governança global, evidenciando o lado perverso da modernidade eurocêntrica, cujos resultados incluíram desmatamento, degradação da terra, poluição do ar, água e terra, fome, pobreza, desigualdade, desemprego e subemprego (Beghin, 2022).

Durante a pandemia de Covid-19, todos esses males, fruto do colonialismo, foram acentuados. A pandemia exacerbou ainda mais a situação de pobreza e exclusão que já afetava a região, onde um terço da população da América Latina vive na pobreza, 10% dos trabalhadores estão desempregados e metade da força de trabalho tem empregos informais ou temporários. As mulheres nas periferias mais pobres de Santiago do Chile têm até 18 anos menos de expectativa de vida em comparação com as mulheres dos bairros mais ricos. As desigualdades foram exacerbadas, onde o 1% mais rico acumula 20% da renda total, enquanto o 50% mais pobre tem acesso a apenas 10% da riqueza (Beghin, 2022). A pandemia teve efeitos devastadores nas áreas econômica, social e de saúde na região.

No caso dos migrantes na América Latina, eles foram afetados de forma diferenciada com base em sua situação laboral. Aqueles que estavam em empregos vulneráveis, informais ou autônomos, e os que possuíam pequenos negócios,

enfrentaram maiores dificuldades. Esta situação reflete um padrão histórico em que populações marginalizadas, frequentemente compostas por migrantes e descendentes de escravizados, têm acesso limitado a recursos econômicos e sociais.

A perspectiva da colonialidade do poder ajuda a entender por que a pandemia agravou os desafios enfrentados pelos refugiados no Brasil. Por serem estrangeiros, os refugiados já enfrentavam dificuldades de acesso a informações, serviços e direitos básicos. Durante a crise sanitária, essas barreiras se tornaram ainda mais pronunciadas, destacando a continuidade da discriminação sistêmica e a exclusão social que caracteriza a colonialidade nas políticas de estado e na sociedade brasileira (Martuscelli, 2021).

A pandemia também trouxe à tona novos desafios específicos para os refugiados, refletindo a interseção de suas identidades de deslocados forçados. O fechamento de serviços migratórios, por exemplo, criou uma situação de extrema vulnerabilidade. Os refugiados passaram a experimentar a sensação de "viver a pandemia duas vezes", pois além dos traumas e dificuldades associadas ao deslocamento forçado, agora enfrentavam os impactos adicionais da crise sanitária. Este duplo fardo é emblemático das experiências de muitos migrantes e refugiados na América Latina, onde a história de migração é marcada por deslocamentos forçados devido a conflitos, perseguições e crises econômicas (Martuscelli, 2021).

A interseccionalidade das identidades de classe, nacionalidade e deslocamento forçado revela como os refugiados no Brasil enfrentaram múltiplas camadas de vulnerabilidade durante a pandemia de Covid-19. Estas camadas se somam aos desafios já existentes, criados por um legado histórico de desigualdade e exclusão. A análise interseccional, portanto, é crucial para entender a complexidade das experiências dos refugiados e para o desenvolvimento de políticas que reconheçam e abordem essas múltiplas dimensões de vulnerabilidade (Martuscelli, 2021).

A migração e a colonialidade estão intrinsecamente entrelaçadas, pois os movimentos migratórios frequentemente refletem as estruturas de poder e as dinâmicas históricas do colonialismo. A colonialidade, entendida como a persistência das hierarquias coloniais no mundo contemporâneo, influencia quem se vê obrigado a migrar e sob quais condições. A migração forçada, especialmente de países anteriormente colonizados para os antigos centros coloniais, pode ser vista como uma continuação das relações desiguais de poder. Essas dinâmicas incluem a exploração econômica, a imposição cultural e a violência estrutural que obrigam as pessoas a buscar asilo e oportunidades em outros lugares. Nesse contexto, o

colonialismo transatlântico de colonos brancos europeus e o capitalismo racial desempenham um papel crucial, perpetuando desigualdades e configurando as políticas de migração e asilo no mundo atual (Gutiérrez, 2018).

As pesquisas sobre migração e colonialidade no Sul Global concentram-se em analisar como os legados coloniais continuam influenciando as dinâmicas migratórias e a produção de conhecimento sobre migração. Essas investigações destacam que a maioria dos estudos migratórios tem sido dominada por perspectivas do Norte Global, levando à marginalização epistêmica das experiências e conhecimentos do Sul Global. Acadêmicos argumentam que é crucial decolonizar a pesquisa migratória, questionando as categorias e enfoques eurocêntricos que não capturam adequadamente as complexidades dos processos migratórios no Sul Global. Além disso, propõem a necessidade de envolver ativamente pesquisadores e comunidades do Sul Global na produção de conhecimento, promovendo uma epistemologia que reconheça e valorize as perspectivas locais e as relações de poder históricas e contemporâneas que moldam a migração (Landström e Crawley, 2024).

Compreender a história da migração e a colonialidade na América Latina permite uma análise mais profunda das dinâmicas de poder que continuam a moldar as vidas dos refugiados, destacando a necessidade de abordagens holísticas e integradas para promover a justiça social e a equidade.

Colonialidade e Migração Venezuelana

O fenômeno da migração global tem se intensificado nas últimas décadas. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2013, estimava-se que havia mais de 258 milhões de migrantes internacionais no mundo. É importante ressaltar que esse número é anterior a eventos significativos como a pandemia da Covid-19, a guerra na Ucrânia e a crise na Venezuela, que provavelmente impactaram esses fluxos migratórios.

A migração venezuelana é impulsionada por uma combinação de fatores econômicos, de segurança e políticos. Entre 2014 e 2016, a inflação na Venezuela aumentou dez vezes, atingindo níveis astronômicos de mais de 80.000% ao ano em 2018. Isso levou a uma escassez crítica de alimentos e suprimentos médicos, afetando gravemente a qualidade de vida dos venezuelanos. Além disso, a insegurança pública deteriorou-se, com a Venezuela registrando uma das taxas de homicídios mais altas do mundo. A crise política, marcada por violência e repressão, também contribuiu para a decisão de muitos venezuelanos de abandonar o país (Weitzman e Huss, 2024).

A migração tem tido um impacto profundo na estrutura e composição dos lares venezuelanos. O trabalho de Paredes e Doria (2022) indica que a composição demográfica dos domicílios na Venezuela mudou significativamente, com um aumento no número de casas com múltiplos idosos, mulheres e crianças. Alguns membros das famílias têm mais probabilidade de migrar sozinhos, enquanto outros tendem a migrar acompanhados ou a reunir-se com familiares no exterior (Weitzman e Huss, 2024).

A migração venezuelana no Brasil cresceu exponencialmente nos últimos anos. O Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) reportou em 2021 a presença de 71.389 refugiados reconhecidos no país, sendo 70% deles de nacionalidade venezuelana. Esse número significativo de venezuelanos entrou no país através da fronteira norte, particularmente pela cidade de Pacaraima, no estado de Roraima. Entre 2015 e junho de 2017, as solicitações de refúgio de venezuelanos aumentaram drasticamente, refletindo um fluxo migratório recente e sem precedentes. Este movimento levou muitos venezuelanos a buscar melhores condições de vida no Brasil. A maioria desses migrantes são jovens (72% têm entre 20 e 39 anos), com um bom nível educacional (30,8% possuem ensino médio completo), e menos da metade migrou com familiares. Contudo, enfrentam desafios significativos, como o desemprego, a falta de conhecimento do idioma português (Da Frota Simões *et al.*, 2017) e ineficiências e ausência de um modelo de assistência aos refugiados para atender diferentes problemas de saúde (França *et al.*, 2019).

Esse fluxo migratório tem apresentado desafios significativos para o Brasil, incluindo a necessidade de proporcionar assistência humanitária, integrar os migrantes na sociedade e gerir as tensões locais. O governo brasileiro implementou o programa "Operação Acolhida" para receber e acolher os migrantes venezuelanos, oferecendo abrigo, alimentação, assistência médica e ajuda para obtenção de documentos. No entanto, as cidades receptoras, especialmente Boa Vista, enfrentaram desafios significativos para lidar com o fluxo migratório repentino, devido aos altos níveis de pobreza, desemprego e desigualdade social já presentes nessas regiões (Jarochinski-Silva e Baeninger, 2021).

As mulheres migrantes venezuelanas encontram-se em situação de particular vulnerabilidade, com dificuldades de acesso a serviços de saúde, alimentação e moradia adequada. Muitas delas migraram grávidas ou deixaram filhos no país de origem. Embora a maioria tenha conseguido regularizar sua situação migratória no Brasil, o acesso ao mercado de trabalho formal ainda é um desafio, com a maioria realizando atividades informais e precárias. Apesar das dificuldades, o sistema

público de saúde brasileiro (SUS) atuou como um amortecedor, permitindo que a maioria das mulheres migrantes tivesse acesso aos serviços de saúde, embora com algumas deficiências na atenção pré-natal (do Carmo Leal *et al.*, 2024). Além disso, mulheres migrantes venezuelanas em idade reprodutiva mostraram que utilizam o sistema de saúde brasileiro mais que as mulheres brasileiras, demonstrando inclusão social em termos de atenção médica (Szwarcwald *et al.*, 2024).

No contexto contemporâneo, a migração venezuelana é um reflexo dessas dinâmicas históricas. A crise econômica, política e social na Venezuela levou milhões de pessoas a procurar refúgio noutros países da região. No entanto, as práticas e políticas de saúde nesses países receptores continuam a ser influenciadas pela colonialidade, resultando em desigualdades e barreiras significativas para os migrantes.

A pesquisa do Baeninger Demétrio e Domeniconi (2021) identifica três ondas principais de migração venezuelana no Brasil, cada uma com características sociodemográficas distintas. A primeira onda de migração, entre 2000 e 2015, foi formada principalmente por trabalhadores altamente qualificados. A segunda onda, entre 2016 e 2017, caracterizou-se por venezuelanos de classe média e grupos mais empobrecidos. A terceira onda, a partir de 2018, foi constituída por uma população empobrecida, concentrada em Roraima.

Então a migração venezuelana para o Brasil, especialmente para o estado de Roraima, está intrinsecamente ligada à herança colonial das relações de poder na América Latina. A Venezuela, assim como outros países da região, carrega os legados do colonialismo europeu, refletidos em desigualdades socioeconômicas, racismo estrutural e concentração de poder nas elites tradicionais.

A migração venezuelana, composta majoritariamente por pessoas não-brancas, enfrenta preconceitos e discriminação no Brasil, evidenciando a persistência de estruturas coloniais de poder e exclusão. Além disso, as mulheres representam uma parcela significativa dos migrantes venezuelanos, o que evidencia a intersecção entre gênero, raça e colonialidade na experiência migratória (Ferreira, 2019).

Portanto, compreender a migração venezuelana requer uma análise crítica da colonialidade que permeia as relações sociopolíticas e econômicas na região, impactando diretamente os fluxos migratórios e as dinâmicas de poder envolvidas. Essa compreensão é essencial para o desenvolvimento de políticas e estratégias que abordem de forma eficaz os desafios enfrentados pelos migrantes venezuelanos e promovam uma recepção humanitária e inclusiva por parte do Brasil e de outros países receptores.

Policrise e Ambiguidade Sociocultural

I. Ambiguidade Sociocultural

O funcionamento mental do indivíduo, segundo a teoria sociocultural proposta por Vygotsky (1978), deriva da estrutura e do processo da interação social. Vygotsky sustenta que o aprendizado ocorre dentro do mundo social, sendo a maneira pela qual um indivíduo dá significado ao seu mundo através da sociedade e da cultura. Esta teoria se baseia em três temas que vão desde o processo individual, social e de desenvolvimento. Este processo individual inclui o pensamento e a linguagem, seguido pelo comportamento social, onde se observam as normas e valores culturais, e, finalmente, o entorno social, econômico, cultural e político.

Portanto, o termo "sociocultural" pode ser definido como os antecedentes e as histórias pessoais das pessoas, onde cada uma é produto das relações sociais, culturais e políticas. No caso dos migrantes, eles experimentam problemas de adaptação na sociedade de acolhida, como o uso do idioma, aculturação, senso de pertencimento, formação de identidade (Vandeyar e Vandeyar, 2012), atitudes públicas, religião e delinquência (NASEM, 2015), que influenciam suas experiências socioculturais.

No país de acolhida, os migrantes podem questionar seus valores, tradições, práticas e costumes culturais. Muitos encontram dificuldade em aceitar a depreciação de sua cultura, origem e idioma. Esta situação pode ser chamada de ambiguidade sociocultural, um aspecto crucial da experiência migrante. Ao navegar entre diferentes sistemas de valores, crenças e práticas de saúde, os migrantes devem encontrar um equilíbrio entre sua herança cultural e as novas normas do país de acolhida. Esta ambiguidade pode gerar conflitos internos e desafios na adoção de práticas de saúde diferentes das que conhecem e valorizam.

O conceito de ambiguidade sociocultural entre os migrantes pode envolver várias dimensões, baseadas na teoria sociocultural, que afetam sua integração e experiências diárias em um novo país. Estas dimensões incluem:

Identidade e Pertencimento

Os migrantes frequentemente enfrentam desafios relacionados com a identidade e o sentimento de pertencimento. Isso inclui a dificuldade em conciliar sua identidade cultural nativa com as novas normas culturais do país anfitrião. Podem sentir-se divididos entre preservar sua herança cultural e adaptar-se ao novo ambiente, levando a um sentimento de ambiguidade sobre onde realmente pertencem (Green e Staerklé, 2013; Bond, 2022).

Um exemplo é o estudo de Vandeyar e Vandeyar (2012), onde estudantes imigrantes indianos em escolas sul-africanas enfrentavam desafios ao tentar manter suas culturas e práticas de origem enquanto buscavam um sentido de pertencimento no país de acolhida. Eles precisavam negociar e reconciliar os diferentes códigos culturais, morais e de vestimenta entre suas escolas de origem e as da África do Sul, gerando sensações de conflito cultural. A aceitação e integração na sociedade receptora implicava um delicado equilíbrio entre preservar sua identidade cultural e adaptar-se às normas e expectativas da nova sociedade.

As ambiguidades surgem de ter que navegar entre as influências e expectativas de seu grupo étnico/nacional de origem e as da sociedade receptora mais ampla, gerando confusão e questionamentos sobre sua pertença e identidade. A renegociação de identidades e a reconciliação dessas ambiguidades socioculturais são processos complexos e dinâmicos, influenciados por fatores como a percepção de discriminação, as relações intergrupais e as políticas multiculturais (Vandeyar e Vandeyar, 2012). Os pesquisadores destacam a importância de compreender esta experiência de "estar no meio" entre culturas para apoiar melhor a integração e o bem-estar dos imigrantes.

Barreiras Linguísticas

O idioma é um fator crítico no processo de integração. Os migrantes podem enfrentar dificuldades com a aquisição do idioma, afetando sua capacidade de se comunicar efetivamente, acessar serviços e participar plenamente na sociedade anfitriã. A importância da proficiência no idioma destaca uma grande fonte de ambiguidade sociocultural, à medida que os migrantes navegam entre sua língua nativa e o idioma do país anfitrião (NASEM, 2015).

No campo da atenção à saúde na Holanda, Harmsen et al. (2008) investigaram as opiniões culturais e o domínio do idioma e sua relação com a satisfação dos pacientes e a qualidade da atenção. Os pacientes com baixo domínio do idioma eram menos positivos sobre o processo, e as diferenças entre as opiniões culturais e o domínio do idioma dos pacientes influenciavam a comunicação entre o paciente e o médico.

Portanto, o domínio limitado de uma segunda língua pode restringir as oportunidades de interação, a construção de redes sociais e as capacidades limitadas para expressar as necessidades de atenção à saúde. O idioma desempenha um papel no bem-estar dos migrantes e se vincula à formação de identidade e aculturação (Pot et al., 2020).

Normas e Valores Culturais

As normas e valores culturais desempenham um papel fundamental na saúde mental dos migrantes. Quando as pessoas migram, experimentam a perda das estruturas sociais, crenças e sistemas de apoio de sua cultura de origem. Isso pode levar a um luto cultural, definido como a experiência de desenraizamento e perda da identidade pessoal e social. Os migrantes frequentemente encontram diferentes normas e valores culturais no país anfitrião, o que pode levar à confusão e conflito. Essas diferenças podem estar relacionadas com comportamentos sociais, papéis de gênero, dinâmicas familiares e outras expectativas sociais. Navegar por essas diferenças culturais pode criar um estado de ambiguidade à medida que os migrantes tentam entender e se adaptar às novas normas sociais (Bhugra e Becker, 2005).

Espera-se que a migração, como um acontecimento da vida, influencie a mudança de valores culturais. Esses mesmos valores mudam em resposta aos acontecimentos que mudam a vida. Na Finlândia, um estudo sobre a mudança de valores pessoais em uma amostra de 145 migrantes russos mostrou um aumento dos valores de universalismo e segurança e uma diminuição dos valores de realização e poder após a migração (Lönnqvist, Jasinskaja-Lahti e Verkasalo, 2011).

Na sociedade de acolhida, Albada, Hansen e Otten (2021) encontraram que, quando os membros do país receptor percebiam que os migrantes apoiavam menos seus valores, havia menos tolerância para com esses migrantes, associando-se a atitudes negativas para com esses indivíduos.

Em resumo, os migrantes devem se adaptar às novas normas e valores do país anfitrião, o que pode causar confusão e conflitos devido às diferenças nos comportamentos sociais, papéis de gênero e dinâmicas familiares. Este processo de adaptação pode ser ambíguo e desafiador, provocando mudanças nos valores culturais dos indivíduos.

Redes Sociais e Sistemas de Apoio

A força e a natureza das redes sociais ou sistemas de apoio desempenham um papel significativo na experiência de ambiguidade sociocultural de um migrante. Migrantes que conseguem estabelecer fortes conexões sociais dentro de sua comunidade e com os locais provavelmente experimentarão menos ambiguidade. No entanto, aqueles que estão isolados ou que dependem fortemente de enclaves étnicos podem experimentar uma ambiguidade aumentada enquanto navegam entre múltiplos mundos sociais (Chi, 2020).

O trabalho de Simich et al. (2005) examinou os desafios enfrentados pelos provedores de serviços e formuladores de políticas para fornecer apoio social a imigrantes e refugiados no Canadá. Os achados principais incluem a percepção do

apoio social como um fator importante para o assentamento dos imigrantes e seu impacto positivo na saúde. Esta pesquisa conclui que é necessário um enfoque mais longo e holístico para melhorar as políticas e programas de apoio social e promover a integração saudável dos recém-chegados. Relataram desafios como a discrepância entre as expectativas e a realidade para os migrantes e mudanças no discurso público. Todos esses desafios limitam gravemente a capacidade dos provedores de serviços e formuladores de políticas para fornecer um apoio social integral e sustentável que permita aos imigrantes e refugiados superar as múltiplas barreiras para uma integração social saudável.

Integração Econômica

O emprego e a estabilidade econômica são cruciais para reduzir a ambiguidade sociocultural. Os migrantes frequentemente enfrentam barreiras ao emprego, como o reconhecimento de credenciais, discriminação e barreiras linguísticas. Os desafios econômicos podem exacerbar sentimentos de incerteza e instabilidade, contribuindo para a ambiguidade sociocultural (Bloemraad, 2023).

Na sociedade europeia, existe uma ambiguidade nas políticas de integração, com uma convergência socioeconômica, onde as políticas no âmbito socioeconômico têm produzido uma maior convergência a nível europeu, com a aplicação de normas e diretivas que promovem a igualdade de direitos e a não discriminação no âmbito laboral (Pennix, 2005).

No estudo de Martén *et al.* (2019) sobre o impacto das redes étnicas na integração econômica de refugiados, foi encontrado que a presença de compatriotas na área facilita a entrada no mercado de trabalho, especialmente nos primeiros anos após a chegada. Isso indica que as redes étnicas podem ajudar a encontrar empregos.

Barreiras Legais e Institucionais

O status legal dos migrantes, incluindo questões relacionadas com cidadania, residência e acesso a serviços, pode impactar significativamente sua experiência de ambiguidade sociocultural. A incerteza sobre sua situação legal pode criar um senso de precariedade e prejudicar sua capacidade de se integrar plenamente na sociedade anfitriã. Esses indivíduos têm maior risco de problemas de saúde devido ao seu status irregular e às consequências da marginalização econômica e social (De Vito *et al.*, 2016).

A ambiguidade sociocultural é uma realidade multifacetada que afeta profundamente a experiência dos migrantes em seu processo de integração. Compreender as dimensões dessa ambiguidade, como identidade e pertencimento, barreiras linguísticas, normas e valores culturais, redes sociais e sistemas de apoio,

integração econômica, e barreiras legais e institucionais, é fundamental para desenvolver políticas e programas de apoio efetivos. Ao abordar esses desafios, é possível facilitar uma integração mais saudável e reduzir as tensões internas que os migrantes enfrentam ao navegar entre sua herança cultural e as novas normas do país de acolhimento. Assim, promove-se não apenas o bem-estar dos migrantes, mas também uma sociedade mais inclusiva e coesa.

Este tema atualmente representa um desafio multidimensional e abordá-lo requer um enfoque integral e interdisciplinar que envolva políticas de integração efetivas, programas de apoio social e cultural, e uma maior sensibilidade por parte da sociedade receptora em relação à diversidade cultural. Reconhecer e compreender as dimensões da ambiguidade sociocultural é fundamental para construir uma sociedade mais inclusiva e equitativa para todos.

II. Policrise

No início da terceira década do século XXI, o mundo enfrenta desafios cada vez mais complexos que ocorrem de maneira simultânea. A interconectividade dos sistemas permite que um problema menor em uma parte do sistema se propague rapidamente, incapacitando todo o sistema e degradando as perspectivas humanas (Lawrence *et al.*, 2022). Essa situação captura a mistura emaranhada de desafios e mudanças que interagem entre si (Davies e Hobson, 2023), oferecendo uma visão de um mundo onde o inesperado se torna rotina e a condição se torna crônica. Esse enfoque permite ver o mundo através da policrise, o que pode resultar em um enfoque sistêmico integral que agrupa processos sociais e ambientais avassaladores (Henig e Knight, 2022). No entanto, essa visão de simplificar a complexidade e organizar os fatos pode nos afastar da compreensão de causa e efeito.

A policrise do Antropoceno, ou policrise planetária, refere-se à convergência e interconexão de múltiplas crises globais que abrangem os domínios ecológico, social, econômico e tecnológico. Essas crises inter-relacionadas e sobrepostas, como a mudança climática, a perda de biodiversidade, as guerras, as pandemias e as desigualdades sociais e econômicas, se reforçam mutuamente, criando um sistema global complexo, frágil e de consequências em cascatas. Essas crises não podem ser entendidas de maneira isolada, mas como um todo complexo onde as interseções e mecanismos de retroalimentação desempenham um papel crucial. Isso apresenta desafios significativos para a sustentabilidade e o bem-estar humano, pois as soluções para uma crise podem exacerbar outras. Por exemplo, as respostas tecnológicas à mudança climática podem levar a novas formas de

poluição ou desigualdade. Para navegar essas armadilhas do Antropoceno e da forma como os problemas globais se tornaram mais conectados e com múltiplas influências sobre a saúde humana (Giatti e Maksud, 2023), é crucial desenvolver capacidades evolutivas que permitam à humanidade reconhecer, medir, reorganizar e adaptar-se a essas crises de maneira holística e sustentável (Søgaard Jørgensen *et al.*, 2024; Albert, 2024). Existe uma necessidade urgente de tomar decisões e lidar com os possíveis futuros que podem resultar das decisões que tomamos (Albert, 2024).

Geralmente, os estudos que avaliam os impactos climáticos na mudança social se concentram em sociedades individuais, buscando uma correlação direta entre eventos ambientais e sociais, com um enfoque quantitativo. Por outro lado, há a necessidade de abordagens qualitativas na pesquisa de cenários futuros devido à profunda incerteza e às dinâmicas não lineares que os modelos quantitativos não podem representar. As abordagens qualitativas permitem considerar uma gama mais ampla de forças causais, efeitos em cascata, eventos extremos e futuros possíveis (Albert, 2024).

Albert (2024) utiliza a teoria da complexidade como uma ferramenta fundamental para abordar e explicar a policrise. Segundo Albert, essa teoria serve como um paradigma transdisciplinar que permite integrar conhecimentos de diversas disciplinas para especular de maneira coerente sobre futuros planetários. Pode fornecer um conjunto útil de conceitos, como espaços de possibilidade e pontos de inflexão, que facilitam a especulação sobre possíveis futuros e as dinâmicas que podem impulsionar diferentes trajetórias de cenários. Albert argumenta que, embora o futuro seja uma "terra incógnita" obscura, a teoria da complexidade pode nos ajudar a mapear este território ainda não explorado.

Em tempos de crise, a reflexão sobre futuros possíveis é crucial para a tomada de decisões informadas. A coesão social se erosiona quando a resiliência social é minada pela pressão sobre os sistemas de governança, criando fissuras entre os grupos de uma sociedade. Quanto mais fraturado e estressado está o sistema sociocultural, menos capaz é uma sociedade de implementar políticas e medidas eficazes. Isso resulta em uma queda no nível de vida e um aumento da desigualdade, gerando insatisfação entre amplos segmentos da população (Hoyer *et al.*, 2023).

A pandemia da Covid-19 foi um desastre social que se espalhou, aumentando a vulnerabilidade das populações diante de inúmeras crises como a fome, os desastres naturais e os conflitos armados (Davies e Hobson, 2023). Organizações internacionais e governos nacionais uniram esforços simultâneos e interconectados

de políticas econômicas e de saúde pública para enfrentar um conjunto de crises sanitárias, sociais e econômicas (Dinan *et al.*, 2024).

A policrise representa uma maneira de abordar desafios e mudanças interconectados, nutrindo-se de elementos conflitantes, críticos e problemáticos, que podem ter um impacto profundo nos padrões migratórios, caracterizados por efeitos não lineares e imprevisíveis (Davies e Hobson, 2023). Um exemplo é a mudança climática, que não apenas provoca o deslocamento de comunidades devido a desastres naturais, mas também deteriora as economias locais, exacerbando a pobreza e a insegurança alimentar, o que, por sua vez, impulsiona a migração. Além disso, essas crises podem desencadear conflitos políticos e sociais, gerando ainda mais deslocamentos.

Diante dessas crises, foram identificadas diversas problemáticas multifatoriais nas comunidades migrantes, que podem fomentar o desenvolvimento de estratégias de adaptação ou representar obstáculos para a mesma (Joarder e Miller, 2013). Entre essas estratégias estão a reconfiguração de identidades culturais, a criação de redes de apoio e a participação ativa em movimentos sociais. Essas estratégias não apenas facilitam aos migrantes a navegação por seus novos ambientes, mas também podem influenciar as políticas migratórias e as respostas das sociedades de acolhimento.

Os fatores socioculturais exercem uma profunda influência na experiência migratória, abrangendo desde a integração em novas comunidades até a manutenção de vínculos culturais com a terra natal, bem como o enfrentamento da discriminação e xenofobia. Essas experiências evidenciam a complexidade de viver entre culturas e os desafios de manejar identidades híbridas em contextos migratórios (Laney *et al.*, 2023). Esses aspectos socioculturais da migração abrangem uma ampla gama de fenômenos e crises, sendo essenciais para compreender como os indivíduos e as comunidades experimentam a migração e como se integram ou resistem em seus novos ambientes.

Particularmente em situações de crise, como a migração climática após o furacão Maria¹, a ambiguidade dos aspectos socioculturais da migração destaca a complexidade inerente às experiências de deslocamento e reassentamento. Essa ambiguidade se revela em várias dimensões, como a identidade e o pertencimento, onde os migrantes enfrentam o dilema de reconstruir suas vidas enquanto lidam com

¹ O furacão Maria foi um ciclone tropical devastador de categoria 5 que atingiu o Caribe em setembro de 2017. Ele causou danos catastróficos em várias ilhas, particularmente em Dominica e Porto Rico. Em Porto Rico, o furacão resultou em uma crise humanitária prolongada, com estimativas de mais de 3.000 mortes, destruição generalizada de infraestrutura e o maior apagão da história dos Estados Unidos. As consequências do furacão levaram a um êxodo significativo de porto-riquenhos para o território continental dos EUA, exemplificando um caso notável de migração climática (National Hurricane Center, 2018; Kishore *et al.*, 2018).

a perda de sua identidade e buscam reencontrar um sentido de "lar" (Blackwell et al., 2023).

A reestruturação da vida em novos lugares é uma realidade inevitável para muitos migrantes. A seca, as inundações e as ondas de calor são fatores climáticos extremos que estão afetando as populações e determinando se podem permanecer em suas regiões de origem. O negacionismo climático já não é uma opção viável; até o momento, a resposta a diferentes crises tem sido reativa, criando políticas de emergência após os desastres ocorrerem. No entanto, estamos enfrentando uma crise climática global, uma situação permanente que requer um enfoque preventivo.

Pode-se analisar que o clima é um motor significativo de migração forçada, com desastres naturais deslocando milhões de pessoas e introduzindo novas dinâmicas culturais nas áreas receptoras. Os conflitos armados, a violência política e social e a repressão estatal também são causas importantes de migração, levando culturas e tradições dos deslocados, o que pode gerar tensões nas sociedades receptoras. A desigualdade econômica impulsiona as pessoas a buscar melhores oportunidades em países mais desenvolvidos, exacerbando as tensões socioculturais e levando à discriminação e exclusão. Além disso, a tecnologia facilita a migração e a organização de redes de apoio, mas também é utilizada para controlar e restringir a migração através de medidas de vigilância avançadas, aumentando a criminalização dos migrantes e gerando ambiguidades legais e sociais (Albert, 2024).

É necessário planejar a prevenção para mitigar os efeitos dos eventos climáticos extremos e assegurar o bem-estar dentro das cidades. Este é um momento crucial para avançar na proteção e reconhecimento de todas as pessoas deslocadas por razões climáticas e socioambientais.

A complexidade dos aspectos socioculturais da migração, especialmente em contextos de crise, sublinha a importância de adotar enfoques multidisciplinares e sensíveis ao contexto para entender a dinâmica migratória. É fundamental reconhecer a inter-relação entre os fatores climáticos, econômicos, políticos e socioculturais para desenvolver políticas e intervenções eficazes que abordem as causas fundamentais da migração forçada e promovam os direitos e o bem-estar dos migrantes.

O futuro da migração em um mundo em policrise será determinado pela interação de diversos fatores complexos, como a mudança climática, os conflitos, a desigualdade econômica e os avanços tecnológicos. A ambiguidade sociocultural acrescentará uma camada adicional de desafio, já que as diferenças culturais podem exacerbar tensões e conflitos nas sociedades receptoras. Para responder a esses

desafios, será necessária uma combinação de políticas inclusivas, cooperação internacional e um enfoque centrado nos direitos humanos e na integração intercultural. Apenas por meio de esforços coletivos e coordenados será possível manejar a migração de maneira a beneficiar tanto os migrantes quanto as sociedades receptoras, ao mesmo tempo que se abordam as causas subjacentes da migração forçada e se promove a harmonia sociocultural.

Dada a complexidade dos fatores envolvidos na policrise, a crise climática surge como um dos principais motores de deslocamento forçado. Essa realidade impõe a necessidade de uma resposta integral e proativa. A formulação e implementação de políticas públicas que protejam os deslocados e garantam seus direitos é uma necessidade urgente. Somente assim poderemos mitigar os efeitos dessa crise e assegurar uma vida digna para todos os afetados.

Desafios e dinâmicas da migração venezuelana no Brasil:

uma análise da vulnerabilidade social, ambiguidade sociocultural, policrise e decolonialismo

Desde 2014, a crise migratória venezuelana levou milhões de cidadãos a buscar refúgio em países vizinhos, incluindo o Brasil. Esse fluxo migratório sem precedentes apresentou desafios significativos tanto para os migrantes quanto para os países anfitriões. A região por onde chega à maioria é o estado de Roraima, que compartilha uma fronteira com a Venezuela. Para muitos, Roraima é apenas a porta de entrada e um ponto de trânsito para outros estados brasileiros ou outros países. Ainda assim, milhares de venezuelanos permanecem na capital, Boa Vista, devido à proximidade da fronteira e aos altos custos de deslocamento para outras partes do Brasil. Segundo a Agência da ONU para Refugiados no Brasil (ACNUR) (2022), a proximidade da fronteira e a construção de vínculos com Roraima são algumas das razões apresentadas por quase 30% da população abrigada que manifesta interesse em permanecer no estado e buscar oportunidades de meios de vida. Assim, o estado de Roraima enfrenta uma situação desafiadora devido à falta de condições locais para acolher, abrigar e oferecer trabalho a pessoas em situação de vulnerabilidade. Diante desse cenário, diversos atores governamentais, não governamentais e organizações internacionais têm se mobilizado para prestar assistência aos venezuelanos (Milesi *et al.*, 2018).

Este fenômeno migratório venezuelano no Brasil, particularmente no estado de Roraima, enfrenta uma série de crises inter-relacionadas. Como o estado com a menor população e uma das menores participações no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, em termos de saúde, educação e habitação, Roraima não estava

preparado para manejar um aumento tão significativo da população em um curto período de tempo. As autoridades locais têm tido dificuldades para coordenar uma resposta eficaz com o governo federal, o que levou a uma série de medidas e discursos que buscam transferir a responsabilidade para outros níveis de governo.

A resposta das autoridades locais tem sido marcada por uma retórica que lembra práticas colonialistas e xenófobas. Segundo Milesi *et al.* (2018), em abril de 2018, o governo de Roraima apresentou a Ação Civil Originária 3121 ao Supremo Tribunal Federal (STF), solicitando que a União assuma o controle policial e sanitário na fronteira com a Venezuela e propondo o fechamento temporário da mesma. Este governo tem utilizado um discurso que responsabiliza os migrantes venezuelanos por diversos problemas, como a sobrecarga dos serviços públicos e o aumento da criminalidade. Este discurso não só ignora as causas estruturais desses problemas, mas também busca desviar a atenção das responsabilidades locais.

Em resposta a esse crescente fluxo migratório de venezuelanos para o estado de Roraima, em março de 2018, o governo brasileiro lançou a Operação Acolhida, que integra esforços de diversos ministérios e órgãos federais, estaduais e municipais, com a participação de militares da Aeronáutica, do Exército e da Marinha. Seus principais pilares de atuação são o ordenamento da fronteira, o abrigo e a interiorização dos migrantes (Machado, 2021). Antes da interiorização, segundo Silva (2018), os migrantes venezuelanos que chegavam à Brasil, eles migraram diretamente a região sudeste do país, já que tinham boa condição econômica que lhes permitia chegar à região. Após a implementação da Operação Acolhida, segundo Bógus e Magalhães (2018), o perfil dos migrantes que participam da interiorização no país mudou; a maioria são trabalhadores com ensino médio completo ou incompleto. Durante a pandemia, a migração venezuelana enfrentou desafios consideráveis devido ao seu status migratório, com muitos solicitando refúgio, exacerbando sua situação, aumentando o desemprego e dificultando o acesso a programas sociais e direitos trabalhistas (Magalhães *et al.*, 2021).

São Paulo, a maior metrópole do Brasil, tem sido historicamente um ímã para migrantes tanto nacionais quanto internacionais. Nas últimas décadas, a cidade tem experimentado uma transformação socioespacial significativa, caracterizada pela desconcentração industrial e o crescimento do setor de serviços. Esta mudança tem atraído novos tipos de trabalhadores imigrantes, especialmente de circuitos migratórios Sul-Sul. Estes migrantes encontram emprego principalmente em setores de baixa qualificação como a costura, a construção civil e os serviços domésticos. A inserção laboral e a ocupação do espaço urbano por parte desses grupos são

marcadas pela criação de novas territorialidades migrantes, que se manifestam em práticas sociais, culturais e comerciais transnacionais. Além disso, a valorização do espaço urbano tem levado à periferização desses migrantes, deslocando-os para áreas mais afastadas onde o custo da habitação é menor, perpetuando assim um ciclo de segregação socioespacial na cidade (Magalhães *et al.*, 2018).

Devido a essa complexidade vivida pelos migrantes venezuelanos na grande São Paulo, foram realizadas quatro entrevistas estruturadas com líderes políticos de nacionalidade venezuelana que trabalham em diferentes ONG para entender os desafios e dinâmicas em torno da vulnerabilidade social, ambiguidade sociocultural, policrise e colonialismo da migração venezuelana em São Paulo.

Vulnerabilidade Social

Os líderes das ONG como Abraven (Asociación Brasileña de Amigos para Venezuela), a Federação Internacional para Desportistas Refugiados, Casa Venezuela e Casa de Acolhida AIRE concordam que os migrantes venezuelanos enfrentam barreiras significativas no Brasil. A principal barreira é o idioma, o que dificulta o acesso a emprego e habitação. Além disso, a localização nas periferias de cidades como São Paulo complica o acesso a recursos. Essa segregação espacial contribui significativamente para a marginalização e perpetua o ciclo de pobreza e exclusão social. A barreira idiomática não só dificulta a integração laboral, como também restringe a capacidade dos migrantes para acessar serviços essenciais e participar plenamente da sociedade.

"Não têm essa orientação, então passam muito tempo em uma condição precária que vai piorando e definitivamente há que tirá-los com ajuda." (Federação Internacional para Desportistas Refugiados). Esta afirmação aborda os desafios que enfrentam os migrantes venezuelanos em São Paulo, especificamente a falta de orientação e a condição precária em que podem se encontrar, necessitando de ajuda para sair dessa situação de vulnerabilidade.

Estas organizações trabalham para criar redes de solidariedade e apoio, fornecendo informações e orientação para ajudar os migrantes a superar essas barreiras. No entanto, a falta de representação e participação nas políticas sociais continua sendo um obstáculo importante, o que pode impedir que as necessidades e preocupações dos migrantes sejam adequadamente abordadas.

Os entrevistados determinaram que os migrantes se encontram em situação de vulnerabilidade social devido à ausência de acesso a recursos e à falta de representação. Esses resultados concordam com as conclusões de Cavalcante *et al.* (2023), embora esse estudo tenha sido realizado em Boa Vista.

Em resumo, a vulnerabilidade social dos migrantes venezuelanos no Brasil é um desafio persistente que requer intervenções integrais e coordenadas. É fundamental que as políticas públicas se concentrem em melhorar o acesso a recursos e serviços, bem como em garantir a inclusão e representação dos migrantes nos processos de tomada de decisão. Somente através de uma abordagem inclusiva e participativa será possível mitigar a vulnerabilidade social dessa população e promover sua integração e bem-estar na sociedade brasileira.

Ambiguidade Sociocultural

A adaptação cultural é um processo complexo para os migrantes venezuelanos. Os líderes das ONG entrevistados observam que os migrantes devem equilibrar a preservação de sua identidade cultural com a necessidade de se adaptar à sociedade brasileira. Isso pode gerar uma luta interna e uma sensação de perda de identidade. Além disso, as redes de apoio desempenham um papel crucial na integração e difusão de informações entre os venezuelanos no Brasil.

"É uma luta, às vezes, até mental, e você diz, não, eu quero continuar fazendo minhas arepas. Mas de repente você se junta com outros brasileiros e você diz, não, isso já não posso fazer porque ninguém mais faz." (ONG Casa Venezuela). Neste testemunho, fala-se sobre os desafios da ambiguidade sociocultural enfrentados pelos migrantes venezuelanos, onde lutam para manter suas tradições e identidade cultural, mas, ao mesmo tempo, devem se adaptar aos costumes da sociedade brasileira.

Este fenômeno de ambiguidade sociocultural, segundo os líderes, é prevalente entre os migrantes venezuelanos no Brasil, manifestando-se principalmente no processo de adaptação cultural. Segundo líderes de organizações não governamentais, os migrantes enfrentam o desafio de equilibrar a preservação de sua identidade cultural com a necessidade de se adaptar à sociedade brasileira. Este equilíbrio pode gerar uma luta interna e uma sensação de perda de identidade, o que adiciona uma camada de complexidade à sua experiência migratória. Estes resultados concordam com os relatados anteriormente por Vandeyar e Vandeyar (2012).

As atividades organizadas pelas ONG, como eventos esportivos e culturais, desempenham um papel fundamental no reforço da identidade e do sentido de pertencimento dos migrantes. Essas iniciativas não apenas fornecem um espaço para a expressão cultural, mas também ajudam a construir um sentimento de comunidade entre os migrantes. Além disso, as redes de apoio desempenham um

papel crucial na integração e difusão de informações entre os venezuelanos no Brasil, facilitando a adaptação e a inserção na sociedade de acolhimento.

Os entrevistados destacam que essas redes de apoio são essenciais para a integração bem-sucedida dos migrantes, ajudando-os a navegar pelas complexidades da nova cultura enquanto preservam aspectos importantes de sua identidade original. No entanto, a ambiguidade sociocultural permanece um desafio persistente, exigindo esforços contínuos tanto das ONG quanto das políticas públicas para apoiar a integração cultural e social dos migrantes.

Em resumo, a ambiguidade sociocultural enfrentada pelos migrantes venezuelanos no Brasil é um fenômeno complexo que requer uma abordagem multifacetada. As ONG desempenham um papel vital na facilitação da adaptação cultural e na promoção da inclusão social, mas é igualmente importante que as políticas públicas reconheçam e abordem os desafios específicos dessa ambiguidade para promover uma integração mais harmoniosa e inclusiva.

Policrise

Os líderes das ONG identificam a policrise como uma característica marcante da experiência dos migrantes venezuelanos. Esta policrise se manifesta em múltiplas dimensões, incluindo a insegurança econômica, a precariedade do trabalho e a dificuldade de acesso a serviços básicos. A combinação dessas crises cria um ciclo vicioso que perpetua a vulnerabilidade dos migrantes.

"Não só o econômico. Porque se não tem trabalho, não tem onde viver, ou seja, todas essas condições criam um ciclo vicioso de crises que são todas interligadas" (ONG Casa de Acolhida AIRE). Neste testemunho, aborda-se a ideia de policrise e como as múltiplas dimensões de crises econômicas, habitacionais e de trabalho se interligam, criando um ciclo vicioso que perpetua a vulnerabilidade dos migrantes venezuelanos.

Uma discussão que os atores entrevistados destacaram é que a falta de documentos e o acesso limitado aos serviços consulares agravam a vulnerabilidade dos migrantes. Muitos desses venezuelanos migram com documentação vencida ou sem ela e para ter acesso a esta documentação no Brasil devem se deslocar até a Embaixada localizada na cidade de Brasília e o que gera altos custos de transferência e acesso a esta documentação, o que viola o artigo 56 da Constituição da República Bolivariana da Venezuela (1999), que estipula que "toda pessoa tem o direito de obter documentos públicos que comprovem sua identidade". Sendo um problema significativo, porque estes indivíduos não têm acesso à documentação de identidade do seu país de origem, onde o acesso à documentação

de identidade é um direito humano reconhecido em vários instrumentos internacionais.

Este fenômeno de policrise, conforme relatado pelos líderes das ONG, é caracterizado pela interligação de múltiplas crises que afetam os migrantes venezuelanos em diversas dimensões de suas vidas. A insegurança econômica, a precariedade do trabalho e a dificuldade de acesso a serviços básicos são algumas das manifestações mais evidentes dessa policrise. A combinação dessas crises cria um ciclo vicioso que perpetua a vulnerabilidade dos migrantes, dificultando sua capacidade de superar as adversidades e alcançar uma integração plena na sociedade brasileira.

A resposta das ONG tem sido multifacetada, buscando abordar essas crises de maneira holística e integrada. As organizações têm implementado uma variedade de iniciativas para fornecer suporte aos migrantes, desde assistência emergencial até programas de capacitação e integração. Essas iniciativas visam não apenas atender às necessidades imediatas dos migrantes, mas também fornece ferramentas e recursos para que possam construir uma vida mais estável e autossuficiente.

Os entrevistados destacam que, embora as ONG desempenhem um papel crucial na mitigação dos impactos da policrise, a solução definitiva para esses desafios requer uma abordagem coordenada que envolva tanto as organizações da sociedade civil quanto as políticas públicas. É essencial que as políticas públicas reconheçam a complexidade da policrise e adotem medidas integradas que abordem suas múltiplas dimensões de maneira eficaz.

Em resumo, a policrise enfrentada pelos migrantes venezuelanos no Brasil é um fenômeno complexo que exige uma resposta integrada e coordenada. As ONG têm desempenhado um papel vital na mitigação dos impactos dessa policrise, mas é igualmente importante que as políticas públicas adotem uma abordagem holística para abordar as múltiplas dimensões da crise e promover a integração e o bem-estar dos migrantes.

Colonialismo

Os líderes das ONG observam que o discurso e as práticas colonialistas ainda permeiam as políticas e atitudes em relação aos migrantes venezuelanos. A decolonização do discurso e das práticas é essencial para promover uma integração justa e equitativa dos migrantes.

"Os venezuelanos são vistos como um fardo, um problema a ser resolvido, ao invés de indivíduos com direitos e potencial para contribuir para a sociedade" (ONG

Casa de Acolhida AIRE). Nesta afirmação, aborda-se a percepção dos migrantes venezuelanos como um fardo, destacando a necessidade de decolonizar o discurso e as práticas para promover uma integração justa e equitativa.

Os entrevistados afirmam que a retórica utilizada por algumas autoridades e a falta de políticas inclusivas reforçam a marginalização dos migrantes e perpetuam desigualdades históricas. Essa retórica colonialista, que vê os migrantes como um fardo ou problema a ser resolvido, contribui para a desumanização e a estigmatização dos venezuelanos.

A decolonização do discurso e das práticas é essencial para promover uma integração justa e equitativa dos migrantes. Isso requer um esforço conjunto de autoridades, ONG e da sociedade em geral para reconhecer e valorizar a diversidade cultural e os direitos dos migrantes, promovendo políticas e atitudes inclusivas que combatam a discriminação e a xenofobia.

Os líderes das ONG enfatizam a importância de promover um discurso que reconheça os migrantes como indivíduos com direitos e potencial para contribuir para a sociedade. Eles argumentam que a mudança de perspectiva é crucial para criar um ambiente mais acolhedor e inclusivo, onde os migrantes possam se integrar plenamente e contribuir para o desenvolvimento social e econômico do país.

Em resumo, a decolonização do discurso e das práticas é uma condição essencial para a integração justa e equitativa dos migrantes venezuelanos no Brasil. As ONG desempenham um papel importante na promoção dessa mudança, mas é necessário um compromisso amplo de todos os setores da sociedade para garantir que os direitos e a dignidade dos migrantes sejam respeitados e valorizados.

Considerações Finais

Este estudo examina a migração venezuelana no Brasil de modo abrangente, realçando a complexidade e multidimensionalidade enfrentada pelos migrantes num cenário de policrise, ambiguidade sociocultural e colonialismo persistente. Através de uma análise pormenorizada, foram identificados múltiplos fatores críticos que afetam a experiência migratória e a integração dos venezuelanos no Brasil.

Primeiramente, a história da migração na América Latina, ainda influenciada pela colonialidade do poder, continua a gerar profundas implicações nas estruturas de desigualdade e exclusão que afetam os migrantes. A teoria da colonialidade proporciona um referencial valioso para compreender como as hierarquias raciais e econômicas impostas durante a colonização continuam a moldar as políticas migratórias e as dinâmicas sociais na região.

Em segundo lugar, a policrise global, marcada pela convergência de diversas crises inter-relacionadas, como a mudança climática, a pandemia de Covid-19 e as disparidades socioeconômicas, agrava a vulnerabilidade dos migrantes. Essas crises não apenas intensificam a precariedade e a exclusão social, mas também impõem desafios significativos aos governos e organizações não governamentais na prestação de assistência e apoio aos migrantes.

A ambiguidade sociocultural emerge como um aspecto crucial da experiência migratória, onde os migrantes precisam conciliar sua herança cultural com as novas normas do país de acolhimento. Barreiras linguísticas, diferenças nas normas e valores culturais, bem como a necessidade de estabelecer redes sociais e sistemas de apoio eficazes são fatores chave que influenciam a adaptação e o bem-estar dos migrantes. No bojo de aspectos fundamentais das capacidades adaptativas dos grupos sociais, as questões socioculturais são determinantes, no entanto, o resultado destas interações com os fatores de risco das múltiplas crises também pode desempenhar um sentido ambivalente, sendo possível se colocar como benefício/capacidades ou também como fator de exacerbação da condição de vulnerabilidade (Hoyer *et al.*, 2023).

As entrevistas com líderes de organizações não governamentais revelam que, apesar dos substanciais esforços para fornecer apoio e recursos, a ausência de representação e participação nas políticas sociais permanece como um significativo obstáculo. Além disso, a centralização dos serviços consulares e a carência de documentos agravam a situação de vulnerabilidade dos migrantes, ressaltando a necessidade de políticas descentralizadas e inclusivas.

Em conclusão, é imperativo que as políticas públicas e iniciativas das ONG focalizem-se em abordar as múltiplas dimensões da crise migratória venezuelana no Brasil. Um enfoque integral, dialógico e coordenado que inclua assistência legal, acesso a serviços básicos, apoio em saúde mental e promoção da integração cultural é essencial para mitigar a vulnerabilidade dos migrantes e promover sua adaptabilidade e bem-estar mediante ao contexto de policrise. Apenas por meio de esforços coletivos e sustentados será possível construir uma sociedade mais equitativa, diversa, justa e resiliente. Nesse horizonte, deve ser possível que os migrantes possam encontrar oportunidades e estabilidade sem abrir mão de sua identidade cultural.

Referencias

- ACNUR, Agência da ONU para Refugiados no Brasil (2022). Diagnósticos para a promoção da autonomia e integração local de pessoas refugiadas e migrantes venezuelanas em Roraima e Manaus: setor produtivo e potencialidade. Recuperado de: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2022/11/Diagnosticos-para-a-promoc%CC%A7ao-da-autonomia-e-integrac%CC%A7ao-local-de-pessoas-refugiadas-e-migrantes-venezuelanas-em-Roraima-e-Manaus.pdf>
- Albada, K., Hansen, N., e Otten, S. (2021). When cultures clash: Links between perceived cultural distance in values and attitudes towards migrants. *The British Journal of Social Psychology*, 60(4), 1350–1378. <https://doi.org/10.1111/bjso.12455>
- Albert, M. J. (2024). *Navigating the polycrisis: Mapping the futures of capitalism and the earth*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/15041.001.0001>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baeninger, R., Demétrio, N. B., e Domeniconi, J. de O. S. (2021). Migrações dirigidas: estado e migrações venezuelanas no Brasil. *Revista Latinoamericana de Población*, 16, e202113. <https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202113>
- Banco Mundial. (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia, impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/911381540835286885/pdf/131472-WP-SPANISH-PUBLIC-MigracindesdeVenezuelaaColombia.pdf>
- Beghin, N. (2022). Decoloniality as the only pathway to the right to development in Latin America. *Development (Society for International Development)*, 65(2–4), 178–185. <https://doi.org/10.1057/s41301-022-00349-w>
- Bhugra, D., e Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18.
- Blackwell, R., Aranda, E., e Rosa, A. (2023). “We always remember the Island”: Puerto Rican climate migrants’ emotional meanings of home. *Emotion, Space and Society*, 49(100974), 100974. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2023.100974>
- Bloemraad, I., Esses, V. M., Kymlicka, W., e Zhou, Y.-Y. (2023). *World development report 2023: Migrants, refugees, and societies*. Worldbank.org. Recuperado 4 de julho de 2024, de <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/454db131e2fb1cd039409bd6f78e1778-0050062023/original/Social-integration-FINAL-FORMATTED.pdf#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Fthedocs.worldbank.org%2Fen%2Fdoc%2F454db131e2fb1cd039409bd6f78e1778>
- Bógus, L., Magalhães, L. (2018). Venezuelanos na macrometrópole paulista. Baeninger, R. e Silva, J. (Coord.); ZUBEN, Catarina von et al (Orgs.).

Migrações Venezuelanas. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp.

- Bond, R. (2022). Understanding Migrant Incorporation: Assimilation and Multiculturalism. In: Understanding International Migration. *Palgrave Macmillan, Cham*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16463-7_3
- Braun, V., e Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 35(2), 285. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Cavalcante Neto, A. S., Oliveira, M. A. de C., e Egry, E. Y. (2023). Vulnerabilidade de imigrantes venezuelanos residentes em Boa vista, Roraima. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 57(spe). <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0074pt>
- Chambers, R. (1989) Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy. *IDS Bulletin*, 20, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x>
- Chi, G. (2020). *Migration and social networks: New insights from novel data* [University of California,]. <https://escholarship.org/content/qt6rs5n7jq/qt6rs5n7jq.pdf>
- Comitê Nacional para os Refugiados. (2021). Plataforma Interativa de Decisões sobre a determinação da condição de refugiado no Brasil. (M. d. Pública, Editor) Recuperado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTk3OTdiZjctNGQwOC00Y2FhLTgxYTctNDNIN2ZkNjZmMwVlliwidCI6ImU1YzYzM3OTgxLTU2NjQtNDEzNC04YTBJLTY1NDNkMmFmODBiZSIsImMiOjh9&pageName=R eportSection>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5453 (Extraordinario) marzo 24, 2000.
- Crockett, D., Anderson, L., Bone, S. A., Roy, A., Wang, J. J., e Coble, G. (2011). Immigration, culture, and ethnicity in transformative consumer research. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 47–54. <https://doi.org/10.1509/jppm.30.1.47>
- Davies, M., e Hobson, C. (2023). An embarrassment of changes: International Relations and the Covid-19 pandemic. *Australian Journal of International Affairs*, 77(2), 150–168. <https://doi.org/10.1080/10357718.2022.2095614>
- De Vito, E., de Waure, C., Specchia, M. L., Parente, P., Azzolini, E., Frisicale, E. M., Favale, M., Teles, A. A., e Ricciardi, W. (2016). Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Reviews*, 37(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0026-3>

- Dinan, S., Béland, D., e Howlett, M. (2024). How useful is the concept of polycrisis? Lessons from the Development of the Canada Emergency Response Benefit during the Covid-19 pandemic. *Policy Design and Practice*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/25741292.2024.2316409>
- do Carmo Leal, M., de Carvalho, T. D. G., Santos, Y. R. P., de Queiroz, R. S. B., Fonseca, P. A. M., Szwarcwald, C. L., e Riggirozzi, P. (2024). Migration process of Venezuelan women to Brazil: living conditions and use of health services in Manaus and Boa Vista, 2018–2021. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18109-5>
- Ferreira, N. (2019). Gênero, Democracia e Direito: uma análise decolonial sobre o fluxo migratório de mulheres venezuelanas em Roraima (2015-2019). Disponível em: https://www.pucrio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio_resumo_2021/download/relatorios/ccs/dir/dir_nath%c3%a1lia%20souza%20ferreira.pdf.
- França, R., Ramos, W. M., e Montagner, M. I. (2019). Mapeamento de políticas públicas para os refugiados no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(4), págs. 89-106. Obtenido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43008/29657>
- Giatti, L. L., & Maksud, I. (2023). O Antropoceno, a crise ambiental e as desigualdades no acesso a serviços e políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 32(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023230329pt>
- Giatti, L., Gutberlet, J., Toledo, R. F. de, e Santos, F. N. P. dos. (2021). Pesquisa participativa reconectando diversidade: democracia de saberes para a sustentabilidade. *Estudos Avançados*, 35(103), 237–254. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35103.013>
- Green, E. G. T., e Staerklé, C. (2013). Migration and multiculturalism. In L. Huddy, D. O. Sears, & J. S. Levy (Eds.), *The Oxford handbook of political psychology* (2nd ed., pp. 852–889). Oxford University Press.
- Green, E.G.T., e Staerklé, C. (2013). Migration and multiculturalism. In L. Huddy, D.O. Sears, & J.S. Levy (Eds.), *Oxford Handbook of Political Psychology* (2nd ed., pp. 852-889). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Guerra, J. V. V., Alves, V. H., Rachedi, L., Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., Santos, M. V. dos, Schveitzer, M. C., e Carvalho, B. F. (2019). Forced international migration for refugee food: a scoping review. *Ciencia & saude coletiva*, 24(12), 4499–4508. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23382019>
- Gutiérrez, E. (2018). The coloniality of migration and the “refugee crisis”: On the asylum-migration nexus, the transatlantic White European settler colonialism-migration and racial capitalism. *Refuge*, 34(1), 16–28. <https://doi.org/10.7202/1050851ar>
- Harmsen, J. A. M. (hans), Bernsen, R. M. D. (roos), Bruijnzeels, M. A. (marc), e Meeuwesen, L. (ludwien). (2008). Patients’ evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient*

Education and Counseling, 72(1), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.018>

- Henig, D., e Knight, D. M. (2023). Polycrisis: Prompts for an emerging worldview. *Anthropology Today*, 39(2), 3–6. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12793>
- Hoyer, D., Bennett, J. S., Reddish, J., Holder, S., Howard, R., Benam, M., Levine, J., Ludlow, F., Feinman, G., e Turchin, P. (2023). Navigating polycrisis: long-run socio-cultural factors shape response to changing climate. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 378(1889). <https://doi.org/10.1098/rstb.2022.0402>
- Jarochinski-Silva, J. C., e Baeninger, R. (2021). O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul. *REMHU*, 29(63), 123–139. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308>
- Joarder, M. A. M., e Miller, P. W. (2013). Factors affecting whether environmental migration is temporary or permanent: Evidence from Bangladesh. *Global Environmental Change: Human and Policy Dimensions*, 23(6), 1511–1524. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2013.07.026>
- Kishore, N., Marqués, D., Mahmud, A., Kiang, M. V., Rodriguez, I., Fuller, A., Ebner, P., Sorensen, C., Racy, F., Lemery, J., Maas, L., Leaning, J., Irizarry, R. A., Balsari, S., & Buckee, C. O. (2018). Mortality in Puerto Rico after Hurricane Maria. *New England Journal of Medicine*, 379(2), 162-170. <https://doi.org/10.1056/NEJMSa1803972>
- Kreuzbauer, R. e Kriechbaum-Vitelozzi, E. (2006). Poverty Consumption: Consumer Behavior of Refugees in Industrialized Countries. *Advances in Consumer Research*, 33, 435-444
- Landström, K., e Crawley, H. (2024). Migration research, coloniality and epistemic injustice. En *The Palgrave Handbook of South–South Migration and Inequality* (pp. 83–104). Springer International Publishing.
- Laney, E., Nkusi, A., Herrera, C., Lane, M., Sampath, A., Kitron, U., Fairley, J. K., Philipsborn, R., e White, C. (2023). Intersections of climate change, migration, and health: experiences of first-generation migrants from Latin America to the Atlanta-metropolitan area. *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2261773>
- Lawrence, M., Janzwood, S., e Homer-Dixon, T. (2022). What is a global polycrisis? (Version 2.0). Cascade Institute. <https://cascadeinstitute.org/wp-content/uploads/2022/04/What-is-a-global-polycrisis-v2.pdf>
- Lönnqvist, J.-E., Jasinskaja-Lahti, I., e Verkasalo, M. (2011). *Personal Values Before and After Migration*. *Social Psychological and Personality Science*, 2(6), 584–591. doi:10.1177/1948550611402362
- Machado, V. F. (2021). Análise do “normatizar” da crise venezuelana no Brasil e sua relação com a política discursiva da operação acolhida. *Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais*, 30, 31–67. <https://doi.org/10.47284/2359-2419.2021.30.3167>

- Magalhães, L. F. A., Bógus, L. M. M., e Baeninger, R. (2018). Migrantes haitianos e bolivianos na cidade de São Paulo: transformações econômicas e territorialidades migrantes. *REMHU*, 26(52), 75–94. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005205>
- Magalhães, L. F. A., Bógus, L., e Baeninger, R. (2021). Covid-19 e imigração internacional na Região Metropolitana de São Paulo. *REMHU*, 29(61), 15–32. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006102>
- Martén, L., Hainmueller, J., & Hangartner, D. (2019). "Ethnic Networks Can Foster the Economic Integration of Refugees." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(33), 16280-16285. doi: 10.1073/pnas.1820345116.
- Martin, D., Goldberg, A., e Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 26–36. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>
- Martuscelli, P. N. (2021). How are forcibly displaced people affected by the Covid-19 pandemic outbreak? Evidence from Brazil. *The American Behavioral Scientist*, 65(10), 1342–1364. <https://doi.org/10.1177/00027642211000402>
- McCauliffe, M., Kitimbo, A., Abel, G., Sawyer, A., e Klatt, J. (2019). *Migration and Migrants: Regional Dimensions and Developments*. In: *World Migration Report 2020*. pp. 53-124 Geneva, Switzerland: International Organization for Migration (IOM)
- Milesi, R., Coury, P., e Rovey, J. (2018). Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. *Revista Aedos*, 10(22), 53–70. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/index.php/aedos/article/view/83376>
- NASEM National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *The Integration of Immigrants into American Society*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21746>.
- National Hurricane Center. (2018). Tropical Cyclone Report: Hurricane Maria (AL152017). https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL152017_Maria.pdf
- Paredes, Y., e Doria, J. (2022). Perfil de calidad de vida y bioclima de los habitantes del sector Los Curos, Mérida – Venezuela. *Revista GICOS*, 7(1), 55–69. <https://doi.org/10.53766/gicos/2022.07.01.04>
- Paz Noguera, B., Alpala Ramos, O., e Villota Vivas, E. (2021). Análisis de la migración venezolana en la ciudad de Pasto: características y percepciones de los migrantes. *Tendencias*, 22(1), 71–94. <https://doi.org/10.22267/rtend.202102.155>
- Pennix, R. (2005). *Bridges and barriers for a welcoming society: the interplay of policies and migrant networks in Europe*. In T. M. Devine & P. Panayi (Eds.), *Europe's new minorities: Migration and integration in Western Europe* (pp. 15-32). Harlow: Pearson Education.
- Pereira, F. H. L. C. da S., De Sousa, L. M., e Mont Alverne, T. C. F. (2018). Direito à saúde para o residente fronteiriço: desafio para a integridade do SUS.

- Pot, A., Keijzer, M., e De Bot, K. (2020). The language barrier in migrant aging. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 23(9), 1139–1157. <https://doi.org/10.1080/13670050.2018.1435627>
- Quijano, A. (2000). Coloniality of power and eurocentrism in Latin America. *International Sociology: Journal of the International Sociological Association*, 15(2), 215–232. <https://doi.org/10.1177/0268580900015002005>
- Silva, C. (2018) Migração de venezuelanos para São Paulo: reflexões iniciais a partir de uma análise qualitativa. In: Baeninger, R.(Org). Migração Sul –Sul. Campinas
- Simich, L., Beiser, M., Stewart, M., e Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 7(4), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s10903-005-5123-1>
- Søgaard Jørgensen, P., Jansen, R. E. V., Avila Ortega, D. I., Wang-Erlandsson, L., Donges, J. F., Österblom, H., Olsson, P., Nyström, M., Lade, S. J., Hahn, T., Folke, C., Peterson, G. D., e Crépin, A.-S. (2024). Evolution of the polycrisis: Anthropocene traps that challenge global sustainability. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 379(1893). <https://doi.org/10.1098/rstb.2022.0261>
- Szwarcwald, C. L., de Souza Junior, P. R. B., de Carvalho, T. D. G., de Queiroz, R. S. B., de Castilho, E. A., e Leal, M. do C. (2024). Using respondent-driven sampling (RDS) to identify the healthcare needs among women of reproductive age who migrated from Venezuela to Brazil, 2018–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 811. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060811>
- the UN Refugee Agency (UNHCR). (2024). *Forced displacement flow dataset*. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/insights/explainers/forcibly-displaced-flow-data.html>
- United Nations. (2013). Cross-National Comparisons of Internal Migration: An Update on Global Patterns and Trends Technical Report No. 2013/1. New York: Department of Economic and Social Affairs. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf>.
- Vandeyar, S., e Vandeyar, T. (2012). Re-negotiating identities and reconciling cultural ambiguities : socio-cultural experiences of Indian immigrant students in South African Schools. *Journal of Social Sciences*. <https://repository.up.ac.za/handle/12263/56657>
- Ventura, D. (2015). Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*, 107, 55–64. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64>
- Vygotsky, L. S., e Cole, M. (1978). *Mind in society: Development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Weitzman, A., e Huss, K. (2024). The Venezuelan humanitarian crisis, out-migration, and household change among Venezuelans in Venezuela and abroad. *Demography*, 61(3), 737–767. <https://doi.org/10.1215/00703370-11330409>



Conocimientos y prácticas contemporáneas del pueblo Gunadule frente a las crisis socioambientales y sanitarias en Gunayala, Panamá

Lenin Alfonso Morales
Isadora Silva
Artinelio Hernandez
Diego Madi Dias
Leandro Luiz Giatti

Introducción

La historia del pueblo indígena Gunadule en Panamá es el resultado de luchas colectivas en el contexto de reconfiguraciones socioambientales y episodios geopolíticos particulares. La forma de ocupación territorial en las islas de la región caribeña en el nordeste de Panamá remonta al proceso de migración desde la selva de Colombia y de Panamá hasta el archipiélago colonialmente designado como San Blas (hoy Gunayala), ocurrido a lo largo del siglo XIX. En este contexto, desarrollaron progresivamente actividades de subsistencia tales como la caza, la recolección y la obtención de agua de los ríos y de sus afluentes. En cuanto a la relación con el sistema marino, destacan la pesca de anzuelos y la captura de langosta como actividades principales.

La memoria colectiva, las crónicas de viajeros y los documentos coloniales sobre los Gunadule resaltan que en el momento de la invasión española ocupaban la cuenca hidrográfica del Río Atrato, una región de la selva tropical húmeda entre los departamentos del Chocó y Antioquia en Colombia, dispersos principalmente entre la parte media y la baja del caudaloso río, mientras que la cuenca alta era poblada por los indígenas Emberá (Pulgarin, 2008; Ali, 2009).

El Río Atrato (*Igigidiuala*, en dulegaya) es reconocido en las narrativas orales y relatos históricos Gunadule como la región en que se iniciaron las relaciones propiamente sociales, a partir de la llegada de los hermanos Ibe Orgun, Giggadiryai e Wigudun. De igual manera, allí nacieron los primeros Nelegan, especialistas rituales con poder de videncia (Brown 2005), quienes desvendaron los primeros secretos de la madre tierra. Además, se menciona recurrentemente como referencia

histórica la región actualmente conocida como la provincia de Darién, una zona de gran densidad poblacional en el pasado para el pueblo Gunadule (Castillo, 2021).

En la época precolombina, diversas hipótesis se han planteado con respecto a la ubicación de los Gunadule. Narrativas históricas asocian la presencia de una población indígena denominada Cueva, desaparecida a lo largo del siglo XVI, con los Gunadule. Con los estudios de Torres de Arauz (1974, 1975) y Romoli (1987), la interpretación de que los Gunadule descendieron de los Cueva se tornó obsoleta. A su vez, el lingüista Gunadule Arysteides Turpana destaca que la narrativa sobre los Cueva sucedió de una mala interpretación de la palabra *weba* del idioma dulegaya, ya que *weba* significa "allá" y hace referencia a la región alejada de localización del oro, un metal codiciado por los españoles durante la época colonial (Beluche, 2018). Sin lugar a duda, es necesario enfatizar que los Gunadule han tenido presencia en los territorios de Colombia y Panamá durante muchos siglos.

Este proceso histórico se caracteriza por componentes de adaptaciones ecológicas, políticas y sociales (Felipe Pérez y Tomaselli, 2021; Foyer, et al. 2024). Cabe destacar la delimitación geográfica del espacio territorial de los Gunadule por medio de la creación de la comarca Tulenega en 1871, incluso antes de la formación del Estado panameño en 1903, con la separación de Panamá y Colombia.

El no reconocimiento del territorio Gunadule por el nuevo Estado provocó conflictos, sumados a las crecientes promulgaciones racistas de las leyes panameñas, que enfatizaban el objetivo de "Civilizar al Indígena y culturizar a las Tribus Salvajes", principalmente la Ley 59 de 1908 y la Ley 56 de 1912 (Ley 59, 1908; Ley 56, 1921).

Estos conflictos se intensificarán debido a las represiones culturales, los asesinatos injustificados, los encarcelamientos arbitrarios y a la apropiación de los recursos naturales por parte del gobierno panameño, llegando a un punto crítico con la Revolución Gunadule en 1925 (Wagua, 2000; Wagua, 2007). Las crisis en el mundo Gunadule, sin embargo, están presentes desde el repertorio mítico de la creación del universo, en una percepción de atravesabilidad (Ferreira da Silva, 2019) del potencial disruptivo de la vida en común y, al mismo tiempo, de la resiliencia indígena en su capacidad de lucha y resistencia. En este sentido, la revolución de 1925 actualiza contenidos culturales ya conocidos, operando un pasaje a la historia, representado cada año a través del teatro comunitario como soporte de la memoria colectiva (Madi Dias, 2019).

El marco de la Revolución Gunadule en 1925 intensificó la búsqueda de reformar la Constitución de Panamá, incluyendo por primera vez a los indígenas a nivel constitucional. Esta reforma permitió la creación de comarcas, áreas

geográficas con su propio régimen político-administrativo independiente, reguladas por leyes especiales (Valiente, 2002). Posteriormente, fue creada la Comarca de San Blas en 1938, actualmente conocida como Comarca Gunayala, promulgada en la Ley 99 de 1998. A su vez, en 1945 se propone la institucionalización del Congreso General Guna como máxima autoridad política de Gunayala, consistiendo en representar a todas las comunidades de la comarca. En 1953, por medio de la ley 16, el Estado panameño reconoce a Gunayala como una forma autónoma de gobierno indígena.

Gunayala es una zona relativamente homogénea en términos culturales y lingüísticos, la cual es descrita por De León (2016); Campos (2017); Congreso General Guna – CGG (2019); Morales y Castillo (2021) como un territorio del caribe panameño, en una conformación de más de 300 islas, de las cuales 51 son comunidades habitadas entre islas y el espacio de tierra firme, con una población de 32.006, siendo 15. 299 hombres y 16. 707 mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Censo – Panamá [INEC], 2023). En palabras orgullosas de sus habitantes, se acostumbra a decir, que se tiene una isla para cada día del año, dispersas entre el límite con la provincia de Colón y la frontera colombiana. Además de Gunayala, los Gunadule están presentes en los territorios conformados por las Comarcas de Madungandí, Wargandí y el sitio sagrado de Dagargunyala en Panamá. También se puede observar su presencia en los resguardos de Maggilagundiwar e Ibgigundiwar en Colombia.

La búsqueda de autonomía del pueblo Gunadule ha sido un proceso continuo e, incluso ha logrado una participación directa en las leyes que tienen un impacto importante en su sociedad. Estas leyes garantizan que los Gunadule tengan una autoridad para gestionar y administrar sus propios recursos sistémicos, ambientales y sociales dentro de su territorio. Se destaca la Legislación Forestal de 1994; la Legislación de Vida Silvestre de 1995; la Ley de Educación de 1996; la Ley de Propiedad Intelectual de 1996; la Ley General del Ambiente de 1998, entre otros (Morales y López, 2022).

Los antecedentes mencionados sobre el pueblo Gunadule presentan una conquista de su autonomía política y administrativa en sus territorios, las cuales en tiempos actuales se ven amenazadas por la globalización; que ha trastocado incluso su principal fuente de ingreso, que proviene del auge del turismo cultural, donde los Gunadule controlan las diversas actividades proveniente de ella, explorando sus paradisíacas islas y de igual manera, con la venta del arte de la Mola, la cual es una de las representaciones máximas de la cosmovisión Gunadule. El ethos de la autonomía se discute frecuentemente en la literatura como una cuestión de política

territorial, pero en realidad el valor de la libertad y de la decisión personal es algo que forma parte de la crianza de los niños, como una manera de enseñarles a estar en el mundo con autonomía (Madi Dias, 2018), un aspecto que resuena con el material sobre los pueblos indígenas.

La problemática establecida en este artículo toma en base el desafío y el mecanismo de adaptabilidad del pueblo Gunadule desde su relación a las mudanzas ambientales; en una mirada desde la salud pública y de la salud comunitaria, la gestión ambiental o hasta la búsqueda de opciones del que hacer frente a la creciente ola de desechos sólidos en sus diversas comunidades (Dannenberg, *et al.*, 2019; Hurtado, *et al.*, 2018; Lam y Gasparotos, 2023; Morales, y Castillo, 2021; Castillo Díaz, 2024). Lo que parece fundamental en todos estos procesos de adaptación cultural y socioambiental es el mantenimiento de la autonomía indígena como sentido mayor de la vida comunitaria.

El reto de las mudanzas ambientales en las comunidades de Gunayala

La ubicación actual en Gunayala ha sido un proceso de siglos, la cual se debe principalmente a la migración ocasionada por los enfrentamientos de la época española; caracterizada por guerras y por enfermedades que azotaron la selva del Darién, provocando el desplazamiento a través de los ríos Tuirá y Chucunaque, alcanzando la costa atlántica durante el siglo XIX (Castillo, 2021; Romoli, 1987).

La migración para esta región alteró profundamente los recursos materiales y simbólicos disponibles; enfocando una necesidad a una apropiación de los recursos naturales de la región y dando origen a un inicio de un dinamismo particular comunitaria. Asimismo, los Gunadule demostraron adaptabilidad, resistencia y reacción ante los diversos desafíos del periodo colonial, incluyendo la lucha por delimitar sus territorios y deshacerse de las teorías de ocupación y descripción provenientes de experiencias y observaciones de los no indígenas, quienes tenían concepciones propias sobre los Pueblos Indígenas (Smith, 2018).

La reivindicación de la historia del pueblo Gunadule se basa en sus recorridos migratorios compartidos a través de información documentada y oral colectiva. Este proceso de reivindicación revela que, tras siglos de lucha por su autonomía, los Gunadule han superado diversos obstáculos y han desarrollado habilidades de negociación y participación comunitaria para lograr el desarrollo de sus comunidades.

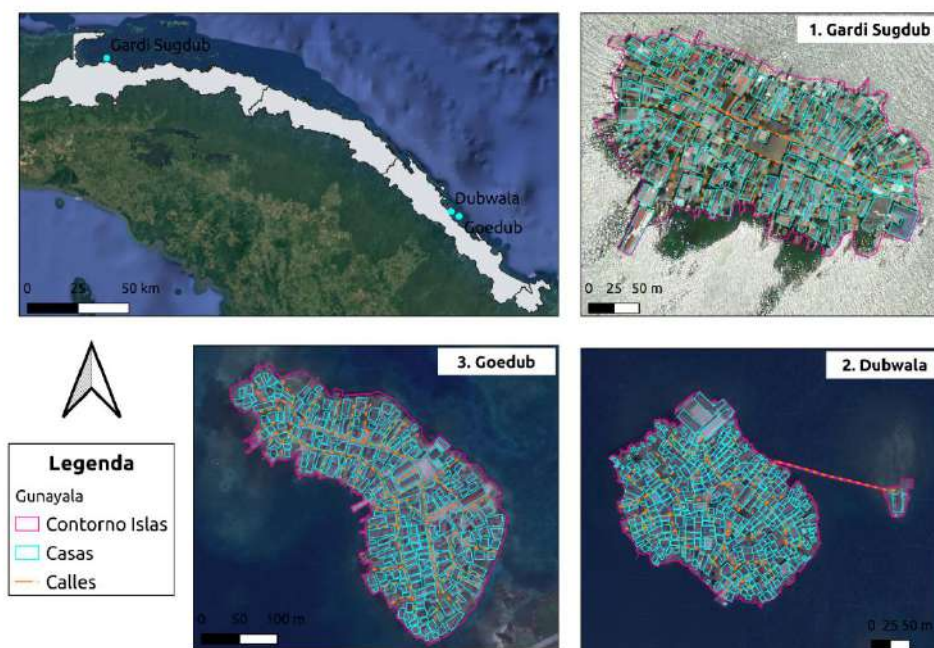
Este artículo enfatiza tres comunidades Gunadule: Gardi Sugdub, Dubwala y Goedub (figura 1). Primero, la comunidad de Gardi Sugdub y su problemática al aumento del nivel del mar y de la creciente de su población, la cual ocasionó el

traslado para tierra firme y ser considerada a nivel internacional como la primera comunidad indígena de Latinoamérica a ser desplazada por el Cambio Climático. En cuanto a la comunidad de Dubwala, se recolectaron datos relacionados con la producción socioambiental del nexo agua-energía-alimentación (WEF por sus siglas en inglés), considerado un determinante socioambiental y político dirigido por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Adicionalmente, se abordará el manejo de los residuos sólidos en la comunidad de Goedub desde una visión comunitaria y, en un contexto secuencial, la experiencia local de la pandemia Covid-19, destacando las medidas de bioseguridad aplicadas en Gunayala.

En otras palabras, a través de este contexto, la investigación se enfoca en brindar nuevas narrativas desde los aspectos culturales, los conocimientos propios y las tradiciones del Pueblo Gunadule, en un enfoque para fomentar la actividad científica desde una perspectiva contracolonial y comunitaria, cuyo objetivo es destacar los esfuerzos del pueblo Gunadule por mantenerse cohesionado y con autonomía.

Durante las visitas a las comunidades, se recopiló información mediante la metodología etnográfica, utilizando las técnicas de cuaderno de campo y observación participante, abarcando los diversos aspectos socioambientales de Gardi Sugdub, Dubwala y Goedub.

Figura 1: Gunayala – comunidades de Gardi Sugdub, Dubwala y Goedub



Fuente: autores, 2024.

Las visitas a las comunidades mencionadas fueron realizadas en tres momentos, entre los meses de agosto del 2021 y junio del 2024. Cabe destacar que las visitas a las comunidades mencionadas fueron coordinadas bajo la supervisión del Centro de Investigación de Educación en los Pueblos Indígenas de la Universidad de las Américas (CIEPI – UDELAS), la cual apoya estudios de investigación de carácter cualitativo participativo de poblaciones indígena en Panamá.

Gardí Sugdub

Del 3 al 6 de junio del 202 se realizó el traslado comunitario de 300 familias de la comunidad de Gardi Sugdub a tierra firme, donde se fundó la barriada de Isberyala con un costo de 12,2 millones de dólares (Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial de Panamá – MIVIOT, 2024; Samaniego, 2024; Voz de América, 2024; Delacroix y Zamorano, 2024; García Armuelles, 2024; Ortega, 2024, Eco TV Panamá, 2024). Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2023), la población de Gardi Sugdub se compone de 516 hombres y 537 mujeres, un total de 1053 habitantes.

A pesar del impacto directo o indirecto del cambio climático, los comuneros señalan que ser etiquetados como los primeros refugiados climáticos de Latinoamérica es cruel, pues la causa principal del traslado reside principalmente en la creciente población, la falta de espacio para nuevas construcciones, las viviendas precarias, el déficit en el acceso a agua potable y a la energía eléctrica, la cual se produce principalmente con motores y paneles solares (Displacement Solutions 2015).

La comunidad de Gardi Sugdub se ha caracterizado por su resiliencia durante el proceso de reubicación. Los primeros documentos relacionados al traslado se remontan a 2010, con la construcción iniciada en 2017 y el traslado finalizado en junio de 2024 (Ortega, 2024; Armuelles, 2024). Es decir, ha sido un proceso que ha tardado más de 14 años en concretizarse, incluso teniendo investigaciones anteriores sobre la región suministradas por el Congreso General Guna y la organización PEMASKY (Proyecto de Estudios para manejo de las Áreas Silvestres de Kuna Yala).

Las inundaciones causadas por el aumento del nivel del mar, consecuencia del cambio climático, han sido visibles para los habitantes de Gardi Sugdub, especialmente durante las lluvias, lo que dificulta la realización de diversas actividades dentro de la comunidad. Esta situación se verá más agravada con el transcurso del tiempo, teniendo en cuenta que, para el año del 2050, las

proyecciones sobre el nivel del mar determinan que aumentará entre 0,56 y 0,76 metros, ocasionando problemas para la más de 300 islas que conforman Gunayala (Hurtado, 2024; MIVIOT, 2024). Asimismo, investigaciones destacan que esta región está sobrepoblada para el tamaño que representa cada una de sus islas (MIVIOT, 2024; Samaniego, 2024; Voz de América, 2024; Delacroix y Zamorano, 2024; García Armuelles, 2024; Ortega, 2024, Eco TV Panamá, 2024).

Aunque las inundaciones y las dificultades mencionadas afectan a la comunidad, los habitantes que se quedaron en la isla aseguran que tienen experiencia conviviendo con el aumento del nivel del mar. Sin embargo, han advertido una mayor frecuencia de eventos climáticos extremos especialmente durante noviembre y diciembre. Otros aspectos para su decisión de no realizar el traslado comunitario radican en la mala gestión y a los resultados obtenidos de este megaproyecto, observada principalmente en la estructura fornecida por el gobierno nacional y de las instituciones involucradas; donde no han considerado y no han respetado la visión cosmológica de la relación entre el pueblo Gunadule y el ambiente.

En este caso, aunque el proyecto responda a la amenaza del cambio climático, la construcción de la barrizada atenta contra el modo de vida tradicional Gunadule y no tomó en cuenta la propia población al momento de pensar la construcción de la barrizada. Es decir, La barrizada se construyó siguiendo los patrones no indígenas (wagas), donde se talaron los árboles y se arrasó la vegetación para crear una barrizada comercial.

La barrizada de Isberyala tiene 14 hectáreas de extensión, con viviendas construidas con materiales prefabricados de 40,96 metros cuadrados, dos habitaciones, salón comedor, baño y lavandería (MIVIOT, 2024; Samaniego, 2024; Voz de América, 2024; Delacroix y Zamorano, 2024; García Armuelles, 2024; Ortega, 2024, Eco TV Panamá, 2024). La reubicación de Gardi Sugdub a Isberyala trae nuevos retos al acceso a agua, disposición de residuos y convivencia con el ambiente; considerando los cambios radicales que acontecen en intervalos cortos de tiempos que se viven actualmente.

Este proyecto presenta el reto de dar respuestas positivas al traslado comunitario, teniendo en cuenta que, a manera genérica en América Latina, los datos de desplazados existentes han reportado más aspectos negativos que positivos, donde muchos resultados de nuevos reasentamiento son peores que a sus lugares de origen (Ferris 2012; Felipe Pérez y Tomaselli, 2021). De igual manera, este proyecto aporta un antecedente para las otras comunidades que

conforman Gunayala, puesto que el debate y la búsqueda de soluciones para este desafío se intensifican con mayor frecuencia.

Dubwala

La complejidad de las mudanzas ambientales y su relación con los impactos del cambio climático, inundaciones, sequías o migración, exige comprender cómo afecta la vida de los pobladores, y en generar alertas y medidas para proteger sus formas de vida (Loureiro, 2019; Espinoza, 2021). Para esta situación, como indicador se estableció el nexo socioambiental agua, energía y alimentación, la cual surgió de la Asamblea Anual del WEF de 2008.

El nexo mencionado es considerado un modelo de acción para analizar y gestionar las interconexiones socio ecológicas existentes en distintos contextos, que ha demostrado ser un marco conceptual para analizar y gestionar las interdependencias e interconexiones existentes en diversos ambientes (Embid y Martin, 2017; Aedo, 2020; Willaarts, *et al.*, 2021). En este caso, su relación con la comunidad de Dubwala, ubicada en la región noreste de Gunayala fronteriza con Colombia, en una población de 391 hombres y 453 mujeres, totalizando un total de 844 habitantes (INEC, 2023).

a) Alimentación: objetivo hambre cero

El sistema de producción de alimentos de los Gunadule, llamado Nainu, es diversificado y utiliza múltiples especies, incluidos árboles frutales, guineos, cacao y otros. Este sistema difiere de las prácticas agroindustriales modernas que solo cultivan una especie en una parcela (Castillo y Beer, 1983; Castillo, 2024).

Los Gunadule destacan que las interrelaciones en los sistemas agrícolas y agroforestales se fortalecen por narrativas y prácticas comunitarias que implican las relaciones con los diversos cultivos de valor nutricional. En este caso Nainu se asocia con Nega Serred (lugares sagrados), Nagga (espacio familiar o colectivo), Buggi (parcelas cerca de río), y Nainu Serred (conservación), (Alianza Mesoamericana, 2022; Castillo y Beer, 1983; Castillo, *et al.*, 2023; Castillo, 2024).

Por tanto, desde el pensamiento Gunadule se cuestiona la noción de progreso a través de las producciones en monocultivo del agronegocio, concluyendo su divergencia desde la filosofía indígena a su manera exploratoria del trabajo con la Tierra y desde su conocimiento, un fortalecimiento por medio del contemplar nexos desde su raíz e interdependencia dentro de una lógica que busca valorizar la diversidad y las relaciones ecológicas / socio ecológicas.

Los principales cultivos son plátanos, yuca, ñame, maíz y cocos. Los cocos abundan y se venden a los comerciantes colombianos, generando ingresos para las

familias de Dubwala. En cuanto al consumo proveniente de animales, la caza es una actividad poco practicada y la pesca sigue siendo por medio de la utilización de red o anzuelo. Otros consumos son de langosta, cangrejo e incluso de puerco, la cual es consumida en días festivos.

La comunidad de Dubwala también posee interacciones con el mercado panameño y colombiano, cual medio utilizado es el aéreo (aviones) como el marítimo (barcos o canoas). Diariamente, pequeños aviones proveniente de la ciudad de Panamá traen productos como pollos, carnes, salchichas u otros, con el fin de abastecer la comunidad, donde el punto de comercio son las conocidas tiendas. Respecto al mercado colombiano, por medio de canoas abastecen a la comunidad de diversos productos, las cuales van desde las utilizadas en el hogar o como bienes de consumo.

b) Agua: objetivo agua limpia y saneamiento

Panamá es un país con grandes recursos hídricos al contar con más de 500 ríos y con 52 cuencas hidrográficas (Consejo Nacional del Agua – CONAGUA, 2016). Sin embargo, 10 % de la población carece del acceso al agua (Díaz Ríos, 2021), situación agravada en poblaciones marginalizadas, periféricas y en territorios indígenas; vulnerando el colocar en riesgo un bien colectivo (Sánchez, 2014; Mora Alvarado, 2018).

El objetivo del acceso a agua es un derecho humano que va más allá de las leyes y de las normas, la cual debe recaer en una exigencia ética para el fortalecimiento de la dignidad en equidad e igualdad para todos (Félix, Hernández y Prats, 2020). Aún más, al considerar el derecho a agua como necesario para analizar los recursos hídricos que se disponen, especialmente aquellos a utilizar para los años venideros, las cuales son afectadas por la creciente de fenómenos climáticos (Díaz Ríos, 2021).

La posición de los Gunadule de Dubwala en torno al acceso al agua está entrelazada con su historia y su ubicación a los márgenes de los ríos y de sus afluentes, en los que se basa su economía, formas de vida y su cultura. La comunidad de Dubwala reconoce su corta historia de reasentamiento, que data de menos de 100 años; donde en su memoria se recuerda que el suministro de agua potable a través de cisternas y tuberías comenzó en la segunda mitad del siglo XX, cuando se construyeron acueductos en territorios indígenas.

El acueducto de Dubwala se inauguró en 1972 y los comuneros no consideran que el acceso al agua sea un gran problema colectivo, aunque puede ser muy difícil cuando llueve mucho y no pueden acceder a los suministros durante días. Entonces recurren al agua proveniente de la lluvia y de los ríos para desarrollar sus

actividades. Además, la comunidad está preocupada por el consumo de agua, debido a que rara vez se realizan análisis para determinar si es segura para el consumo y porque las instalaciones que la proporcionan rara vez reciben mantenimiento.

c) Energía: objetivo energía asequible y no contaminantes

Energía es el componente del Nexo socioambiental menos debatido o tal vez el más complejo conceptualmente. Países considerados subdesarrollados tienen recientemente un mayor compromiso con energías sostenibles y no contaminantes.

Los comuneros de Dubwala asocian la energía con la electricidad y creen que tener acceso a ella es un signo de progreso y estatus. La electricidad proviene de paneles solares, lo que permite energizar casas y aparatos electrónicos.

De esta sección, destacamos la popularidad de los motores fuera de borda, ya que se utilizan como modo de transporte para varias actividades en Dubwala. La utilización de motores fuera de borda consigo trae la utilización de la gasolina, cuyo precio en la región es equivalente a un galón a seis dólares americanos. Esta utilización de motores de fuera de borda va desacelerando la utilización de barcos tradicionales.

Los habitantes de Dubwala también utilizan con frecuencia los tanques de gas de cocina, el cual tiene un costo elevado. Por ejemplo, un tanque de 25 libras cuesta 13 dólares en Dubwala, mientras que en la región metropolitana de Panamá se puede obtener entre 3 y 5 dólares americanos. Los tanques de gas son de importancia para los habitantes de Dubwala, ya que se utilizan como fuente de energía para los aparatos de refrigeración, como las neveras y los refrigeradores, que permiten conservar alimentos como pollo, jugos y huevos, adquiridos provenientes del mercado panameño y colombiano.

La relación del nexo proporciona un amplio debate y caminos de diálogo a la creciente dificultad del acceso a los recursos ambientales/ecosistémicos y al aumento de incidencias en áreas como de la salud ambiental, de la gobernabilidad y de la autonomía territorial. El debate del nexo, redefiniendo su relación a los ODS y a la calidad de vida para las diversas comunidades en situación de vulnerabilidad, debe tomar partida a través de un lenguaje técnico pertinente y basadas en propias vivencias de la comunidad, que consigo traigan el fortalecimiento del conocimiento de ellos mismo sobre sus propias problemáticas.

Transformaciones globales traen transformaciones en la calidad de vida de las diversas sociedades, en este caso particular otro acontecimiento de destaque, es mencionar que en nuestra estancia en la comunidad de Dubwala, se presentó

días de grandes debates por la creciente de migrantes en su territorio, quienes van dejando rastros en la creciente de residuos sólidos para la región.

Goedub

En un mundo repleto de residuos generados por el consumismo, que solían representar un gran beneficio, la persistencia y la abundancia de estos ahora representan una problemática ambiental (Sarria Villa y Gallo – Corredor, 2016). Entre estos, los plásticos representan la principal categoría de residuos en el territorio Gunadule y considerando que su crecimiento alrededor del mundo es de un 4%, en paralelo con el desarrollo tecnológico de otros sectores (envases, vivienda, moda, entre otros) (Arandes, Bilbao y López, 2004).

Las relaciones entre las comunidades Gunayala y el mundo occidental respecto a esta problemática se intensificaron a partir del siglo XX, llegando a convertirse en una de las principales amenazas ambientales visualmente perceptible, lo que hoy se puede observar en sus calles y mares.

Además de la acumulación del plástico, también se incluyen latas, vidrios, electrodomésticos y productos de uso personal. En otras palabras, la creciente acumulación de residuos plásticos a nivel global está golpeando incluso a comunidades con difícil acceso, intensificando los debates locales sobre la creciente dependencia de los mecanismos de producción y de su impacto ambiental en territorios vulnerables, incluyendo Gunayala.

En contraposición a un ambiente repleto de basuras, la comunidad de Goedub ha desarrollado un proceso de lucha política, participativa y comunitaria para combatir los residuos sólidos durante más de 10 años, con el fin de mejorar el ambiente y promover la estética de su entorno. La comunidad de Goedub se localiza en el sector 3 de Gunayala y es considerada una de las mejores comunidades en gestión de residuos sólidos en Gunayala, la cual en términos de población tiene 459 hombres, 524 mujeres y un total de 983 residentes (INEC, 2023).

La comunidad de Goedub presenta un proyecto de recolección y gestión de residuos sólidos exitoso, en la cual nuestras conversaciones con el residente y líder comunitario Atiliano González nos permitieron conocer el origen de este proyecto, que tiene diez años de historia, y que empezó con la iniciativa de un maestro de la escuela local.

El Sr. González indicó que el primer esfuerzo del proyecto se centró en involucrar a los niños de la comunidad, educándolos sobre la importancia de recolectar la basura y separarla en contenedores, con el objetivo de mejorar la conciencia ambiental y la gestión de residuos. También comparte que la dificultad

de que un proceso, sea cual sea su índole, pueda ser exitoso en Gunayala, debe comenzar a fundamentarse con los niños, pues trabajar actualmente con los jóvenes o con los más adultos, en su pensar tiene muchos problemas, principalmente por la formación de cada uno y de por muchas veces, la dificultad y la duda del trabajo en conjunto.

En palabras nos comparte el Sr. González sobre el proceso comunitario respecto a la disposición de los residuos sólidos:

Inicialmente los niños recolectaban y separaban la basura como parte del proyecto impulsado por el maestro. Sin embargo, con el tiempo los padres y madres adoptaron el proceso y posteriormente la comunidad lo transformó en una política pública interna (Atiliano González, comunicación personal, 10 de noviembre de 2023).

Hoy en día, Goedub posee una notable imagen libre de basura en su isla y su mar. Sin embargo, continúa enfrentando la dificultad de la correcta disposición de residuos en otros ambientes. Para Goedub, pese al éxito en su relación con los residuos sólidos, el desafío de desechar estos residuos de manera apropiada en un vertedero sanitario continuará siendo una preocupación para el futuro.

Así pues, en el repensar de nuevos ambientes, los desechos sólidos están estrechamente relacionados con la salud y los derechos humanos a un ambiente sano. La implementación debe entender los retos y desafíos para ser exitosa. Es decir, al pensar en Gunayala, podemos destacar que este es un problema de ejecución y de disponibilidad de recursos básicos provenientes de políticas públicas, los cuales carecen de implementación en territorios indígenas, a pesar de que estos programas pueden ser exitosos desde una mirada propia comunitaria.

La bioseguridad de los Gunadule frente al Covid-19

El primer acercamiento al territorio Gunadule fue durante el periodo correspondiente a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID – 19. De la misma forma, que comenzaron las medidas de bioseguridad y las restricciones de los diversos países del mundo, Gunayala no fue la excepción a tomar sus propias medidas.

El Congreso General Guna estableció medidas de bioseguridad y, adicionalmente, reconoció que cada comunidad podía establecer sus propios protocolos para proteger a sus habitantes y mantener a salvo su bienestar. Entendiendo que cada comunidad que conforma Gunayala se rige por sistemas autónomos y democráticos con legitimidad basada en la filosofía y la cosmovisión Gunadule.

Las comunidades de Gunayala y el Congreso General Guna establecieron medidas de bioseguridad internas que prohibieron la entrada de extranjeros a las islas no turísticas. En otras palabras, se permitió sólo la entrada y salida a las islas destinadas para turismo. Entendiendo que el momento de incertidumbre en torno al Covid-19, representaba un acontecimiento nuevo y la cual se asemejaba a las problemáticas de salud que se han visto en las comunidades indígenas a lo largo de los años, principalmente a las enfermedades provenientes del contacto con personas no indígenas (Viezzer y Grondin, 2021).

La bioseguridad del pueblo Gunadule se centró en fortalecer su medicina tradicional, alineándose con la Ley 17 de junio de 2016, la cual busca proteger los conocimientos de la medicina tradicional indígena para atender los desafíos de salud durante la pandemia de Covid-19 (Ley 17, 2016). Es decir, en la época de Covid-19, los Gunadule reforzaron su identidad cultural y sus conocimientos, entre los cuales se destacan: a) WARUED: Ceremonia de prevención de las enfermedades; b) NAINU: agricultura; y c) INA: fortalecimiento de plantas medicinales.

El dinamismo particular que presenta una crisis sanitaria también permitió convivir con familias Gunadule de la ciudad de Panamá. Además, en tiempos de globalización, la migración de indígenas a territorios urbanos continúa aumentando. En el caso particular de los Gunadule, la mitad de su población vive fuera de Gunayala (INEC, 2023).

El INEC (2010) revela que la población Gunadule en Panamá era de 80.526 individuos, distribuidos en las principales ciudades y regiones, como Panamá con 40.620 personas; Colón con 4.393, y Darién con 2.553.

La pandemia de la COVID 19 también proporcionó que los técnicos del Instituto del Patrimonio Cultural del Pueblos Guna (IPCPG) con la anuencia de Onmaggeddumad Namaggaled (Congreso General de la Cultura Guna), presentarán sus normas sanitarias desde la cosmovisión del Pueblo Gunadule de la comarca Gunayala en el año del 2020.

Este trabajo colectivo se manejó internamente entre las autoridades que conforman el Congreso de la Cultura Guna, cuyo documento no fue publicado al público en general. El documento fue un llamado a todos los Gunadule como indica el párrafo siguiente y a una búsqueda de trabajo en conjunto:

Onmaggeddumad Namaggaled hace llamado a todos los Gunadule que viven dentro y fuera de la comarca Gunayala, particularmente a sus hijos e hijas de la Comarca para que tomen medidas y practiquen normas sanitarias propias para enfrentar la situación sanitaria que viven el mundo contra Covid-19. Por eso, llamamos a las mujeres, jóvenes, liderazgo de los saglagan, argarmar, sabbindummagan, nelegan, inadurgan de mantener siempre unido para la salud personal, comunitaria y comarcal, así para contrarrestar cualquier otra epidemia y/o pandemia que surgen y surgirán por las malas prácticas que realizan la

humanidad, como tala indiscriminada, entre otras actividades extractivistas atentando contra la salud de la madre tierra (IPCPG, 2020).

El primer caso positivo de Covid-19 en Gunayala se registró el 23 de marzo de 2020. La persona, oriunda de Assudubb, había ingresado a la comarca el 11 de marzo. El 5 de abril, Gunayala registró su primera fallecida por esta enfermedad (Martínez, 2020).

El manejo de la crisis sanitaria durante la Covid-19 en territorio Gunadule reafirmó la relevancia de su cultura, fortaleciendo y reivindicando sus conocimientos, donde los valores democráticos y la cohesión sociocultural del pueblo Gunadule se destacaron como factores cruciales en la protección contra la pandemia de COVID 19. Es decir, esta situación promovió y fortaleció las prácticas sanitarias adecuadas para prevenir el contagio de la Covid-19 y, mediante la medicina tradicional Gunadule y sus prácticas, se pueden presentar nuevos diálogos verídicos para promover mejoras a las complejas relaciones humanas con la naturaleza.

Discusión y consideraciones finales

En una era de interacciones complejas, es fundamental respetar los contextos socioculturales de los diferentes pueblos para dialogar sobre problemáticas socioambientales y promover la comunicación intercultural. En la cual, entendemos que la participación de los actores y la cooperación intercultural son esenciales para crear soluciones y actuar conjuntamente en respuesta a las nuevas realidades que afectan los más diversos territorios, en la cual la academia y la sociedad deben enfatizar los aspectos positivos, enfocarse en las prácticas sociales, conocimientos propios y en la democracia pertinente para abordar las crisis socioambientales actuales.

Los Gunadule han sido pioneros en impulsar la descolonización del texto eurocentrista y han contribuido a la renovación del conocimiento filosófico y científico, revalorizando al ser humano como sujeto de estudio y promoviendo alternativas al camino cartesiano de hacer ciencia. Entre un ejemplo práctico, el pueblo Gunadule ha aportado a un conocimiento colectivo, donde conceptos como Abya Yala han surgido desde su seno y han llegado a ser un movimiento decolonial mundial, utilizado para referirse al continente americano.

Actualmente, frente a las mudanzas ambientales que representan las más diversas problemáticas ambientales/climáticas para el pueblo Gunadule de Gunayala e, incluso con las consecuencias de la más reciente crisis sanitaria, a través de la pandemia de la COVID – 19. Las comunidades de Gunayala se enfrentan con retos como la reubicación comunitaria, las mudanzas ambientales y

la búsqueda de respuestas y acciones frente al mercado global de consumo que pone en riesgo su calidad de vida.

Las problemáticas establecidas en este artículo para las comunidades de Gardi Sugdub, Dubwala y Goedub nos brindan reflexiones críticas. Primeramente, la experiencia de Gardi Sugdub con el desplazamiento plantea incertidumbres para otros pueblos Gunayala, dada la posible evolución de los resultados, tanto positivos como negativos, en el nuevo territorio de Isberyala.

La relación socioambiental entre agua, energía y alimentos de los Gunadule en la comunidad de Dubwala y su relación con los ODS, genera más preguntas que respuestas. El pueblo Gunadule mantiene aún en parte la tradición de su alimentación, basada en el sistema del Nainu y las relaciones con el sistema marino. Sin embargo, bajo la creciente influencia de alimentos ultra procesados y enlatados del mercado panameño y colombiano. En cuanto al agua, como derecho humano, debe ir más allá de las normas legales y debe ser una exigencia para conocer su calidad. Referente a la energía, su acceso principalmente por paneles solares, motores a fuera de bordo y a sistemas de refrigeración por gases de cocina.

Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible deben ser comunicados al pueblo Gunadule en un lenguaje técnico pertinente y accesible, buscando mejoras tecnológicas y comerciales en base a sus propios conocimientos. Asimismo, es importante cuestionar conceptos genéricos sobre este vínculo, como: ¿cuál es la definición de calidad de vida para el pueblo Gunadule? ¿Qué podemos considerar como calidad de vida? ¿Los Objetivos de Desarrollo Sustentable ratifican y sustentan la relación del pueblo Gunadule con su ambiente? Entre otras interrogantes.

En cuanto a la comunidad de Goedub, ha demostrado que la participación comunitaria puede concretar un fin que beneficie a la comunidad y que, con la gestión pertinente pueda proporcionar medidas de prevención y efectivas para los residuos sólidos. De igual manera, resaltamos que las comunidades de Dubwala y Goedub se verán afectadas por el megaproyecto de la carretera (Muladub – Mordi), cuya finalidad es unir la región metropolitana de Panamá a esta región de Gunayala. Por tanto, en años venideros, se fortalecerá o se debilitarán aspectos culturales, ambientales o económicos.

Por último, la pandemia de la COVID – 19, donde el pueblo Gunadule se vio fortalecido mediante el conocimiento tradicional y el de sus prácticas colectivas, destacando las ventajas de su relación con el ambiente y el uso medicinal. Es decir, en respeto al conocimiento indígena y a sus experiencias, es necesario integrar sus

contribuciones en los diversos servicios relacionados con las crisis socioambientales y de salud contemporáneas.

Agradecimientos

Instituto de Investigación y Desarrollo de Kuna Yala (N° 050-11/23 – IIDKY – Panamá).

Instituto Patrimonio Cultural del Pueblo Guna (N° 023/24 IPCPG-Panamá).

LENÍN ALFONSO MORALES LÓPEZ agradece a la Secretaria Nacional de Ciencias y Tecnología y al Instituto Para la Formación y Aprovechamiento de Recursos Humanos. PROGRAMA IFARHU – SENACYT / PANAMÁ. No. 270-2023-005

ARTINELIO HERNANDEZ E ISADORA SILVA agradecen al Centro de Investigación sobre Educación en los Pueblos Indígenas (CIEPI) y al Decanato de Investigación de la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS) por su incondicional apoyo en la realización de esta investigación, por facilitar y el respaldo institucional necesario para llevar a cabo este trabajo.

DIEGO MADI DIAS agradece al Instituto Smithsonian de Investigaciones Tropicales (STRI) por las subvenciones académicas que le permitieron vivir con los Gunadule durante unos 30 meses entre 2011 y 2019.

LEANDRO GIATTI agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Procs. n. 2021/07399-2 e 2021/06897-9) e al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – (Proc. n. 314947/2021-3).

Referencias

Aedo, M. (2021). Enfoque NEXO en Centroamérica: nuevas estrategias para promover el desarrollo del riego en áreas rurales. *Diagnóstico y propuesta de fomento del riego en la agricultura familiar de El Salvador*, 2021. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46582>.

Ali, M. Los Indígenas Acorralados: los Kuna de Urabá entre Conflicto, Desplazamiento y Desarrollo. *Revista Javeriana*, 2009, 756 (145), pp.32-39.

Alianza Mesoamericana. (9 de noviembre de 2022). Sistemas de Alimentación Indígena contribuyen a producción justa y sostenible. <https://www.alianzamesoamericana.org/es/sistemas-de-alimentacion-indigena-regenerativos-resilientes-y-protectores-de-la-tierra/>

Arandes, J. M., Bilbao, J., & López, D. (2004). Reciclado de residuos plásticos. *Revista Iberoamericana de polímeros*, 5(1), 28-45.

Beluche, O. (2018). Importante aporte de Arysteides Turpana a la antropología y la historia panameñas. <https://bayanodigital.com/importante-aporte-de-arysteides-turpana-a-la-antropologia-y-la-historia-panamenas/>

- Campos A. (2018). Evaluación de la implementación de la educación bilingüe intercultural en la Comarca Gunayala. *Acción y reflexión educativa*, (43), 86-102.
- Castillo, B. (2018). *La comarca de Tulenega de 1871 como antecedente en la construcción de la autonomía Guna en Panamá* (Máster dissertation, Universidad de Panamá).
- Castillo, B. D. (2021). Neggsed (Autonomía): avances y desafíos del autogobierno del pueblo gunadule de Panamá. *Autonomías y autogobierno en la América diversa*, 323.
- Castillo Díaz, B. C. (1 de agosto de 2024). Hacinamiento y cambio climático en Panamá: reubicación de una comunidad guna desde su isla a la tierra firme. *Debates Indígenas*. <https://debatesindigenas.org/2024/08/01/hacinamiento-y-cambio-climatico-en-panama-reubicacion-de-una-comunidad-guna-desde-su-isla-a-la-tierra-firme/>
- Castillo, G. Beer, J. (1983). Utilización del bosque y de sistemas agroforestales en la región Gardi, Kuna Yala (San Blás, Panamá). CATIE, Turrialba (Costa Rica). Departamento de Recursos Naturales Renovables. <https://repositorio.catie.ac.cr/handle/11554/4269>
- Castillo, G., Farnum, F., Murillo, V. (2023). DULEINA: una iniciativa para rescatar la medicina tradicional Guna y la conservación sostenible de los recursos naturales. *GECONTEC: Revista Internacional de Gestión del Conocimiento y la Tecnología*, 11(2), 64-74.
- Castillo, G. (2024). Ciclo de barbecho en el nainu gunadule, Panamá. *Karakol*, 4(1), 34-45.
- Congreso General Guna -CGG, (s/f). Informaciones 2023. Recuperado, el 7 de marzo de 2024 <https://www.gunayala.org.pa>.
- Consejo Nacional del Agua – CONAGUA – Plan Nacional de Seguridad Hídrica. <https://www.oas.org/en/sedi/dsd/iwrm/Documentspot/Primer%20Plan%20Nacional%20de%20Seguridad%20Hidrica%20de%20la%20Republica%20de%20Panama.pdf>
- Dannenberg, A. L., Frumkin, H., Hess, J. J., Ebi, K. L. (2019). Managed retreat as a strategy for climate change adaptation in small communities: public health implications. *Climatic change*, 153, 1-14.
- De Araúz, R. T. (1975). *Darién. Etnoecología de una región histórica*. Panamá, Instituto.
- De Araúz, R. T., De Arosemena, M. (1974). PANAMA. *Boletín Bibliográfico de Antropología Americana* (1973-1979), 37(46), 36-43.
- De León Smith Inawinapi, C. (2016). Resignificación política del manejo de los recursos naturales en una comunidad indígena de Panamá: Los gunas y el turismo. *Ecología Política*, (52), 45-48.

- Delacroix, M., Zamorano, J. (1 de junio de 2024). Familias indígenas se mudan de isla en el Caribe panameño a tierra firme por crisis climática. Los Ángeles Times. <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2024-06-01/familias-indigenas-se-mudan-de-isla-en-el-caribe-panameno-a-tierra-firme-por-crisis-climatica>
- Días Ríos, T. El Derecho Humano al agua: una deuda del Estado con la población panameña. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*. Doi. <https://doi.org/10.15359/rldh.32-2.6>, 2021.
- Displacement Solutions – DS, (2015). *Los principios de península en acción cambio climático y desplazamiento en la región autónoma de Gunayala, Panamá*. Informe de misión. Recuperado, el 4 de junio de 2020, de <https://www.gunayala.org.pa/Informe%20sobre%20Cambio%20climatico%20y%20desplazamiento%20en%20Gunayala,%20Panama-Informe%20de%20Mision%CC%81n.pdf>.
- ECO TV PANAMÁ. (3 de junio de 2024). Panamá arranca proceso de traslado de indígenas de la isla Gardí Sugdub a tierra firme. <https://www.ecotvpanama.com/nacionales/panama-arranca-proceso-traslado-indigenas-la-isla-gardi-sugdub-tierra-firme-n5986099>
- Embid, A.; Martín, L. (2017). El Nexo entre el agua, la energía y la alimentación en América Latina y el Caribe: planificación, marco normativo e identificación de interconexiones prioritarias, 2017. Disponible en <https://200.9.3.93/handle/11362/41069>.
- Espinoza, C. (2021). Provisión de agua potable a las poblaciones sin acceso a redes durante la emergencia por Covid-19. Experiencias en Latinoamérica y el Caribe, 2021. Banco Interamericano de Desarrollo BID. <https://publications.iadb.org/es/provision-de-agua-potable-las-poblaciones-sin-acceso-redes-durante-la-emergencia-por-Covid-19>
- Felipe Pérez, B.; Tomaselli, A. (2021). Indigenous Peoples and climate-induced relocation in Latin America and the Caribbean: managed retreat as a tool or a threat?. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 11(3), 352-364.
- Félix, L. O.; Hernández, F. S.; Prats, G. M. Objetivo de Desarrollo Sostenible: agua limpia y saneamiento. *Revista de Investigación Académica Sin Frontera: División de Ciencias Económicas y Sociales*, v 32, 1-22, 2020.
- Ferreira da Silva, Denise – A Dívida Impagável, (São Paulo: 2019). Paulo: Oficina de Imaginação Política e Living Commons.
- Ferris, E. G. (2012). Protection and planned relocations in the context of climate change. UNHCR, Division of International Protection. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/5024d5169.pdf>
- Foyer, J.; Martinez Mauri, M.; Filoche, G.; Castillo, G. (2024). The Institutionalisation of Bioculturalism through Community Protocols: The Case of Guna Yala. *The International Indigenous Policy Journal*, 15(1), 1-23.

- Garimella, P. P. (2022). Planned relocation: An unusual case for developed countries. *Current Research in Environmental Sustainability*, 4, 100177.
- Hurtado, L. A., Calzada, J. E., Rigg, C. A., Castillo, M., Chaves, L. F. (2018). Climatic fluctuations and malaria transmission dynamics, prior to elimination, in Guna Yala, República de Panamá. *Malaria Journal*, 17(1), 1-12.
- Hurtado, J. (5 de julio de 2024). Desplazados climáticos: la historia detrás de las 300 familias que abandonaron su isla en Panamá por el aumento del nivel del mar. Climate Tracker. <https://climatetrackerlatam.org/historias/desplazados-climaticos-la-historia-detras-de-las-300-familias-que-abandonaron-su-isla-en-panama-por-el-aumento-del-nivel-del-mar/#:~:text=Ella%2C%20al%20igual%20que%20la,clim%C3%A1tico%2C%20aunque%20s%C3%AD%20del%20hacinamiento.&text=Las%20casas%20en%20Gardi%20Sugdub,sobre%20el%20nivel%20del%20mar.>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo – Panamá (2010). XII Censo de Población y VIII de Vivienda de Panamá. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/panbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=LP2023>. Acceso el 7 de marzo del 2024.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo – Panamá (2023). XII Censo de Población y VIII de Vivienda de Panamá. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/panbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=LP2023>. Acceso el 7 de marzo del 2024.
- Instituto Patrimonio Cultural del Pueblo Guna – IPCPG. (2020). Normas sanitarias desde la cosmovisión del Pueblo Gunadule. [Informe no publicada]. Congreso General de la Cultura.
- Lam, R. D., Gasparatos, A. (2023). Unpacking the interface of modernization, development and sustainability in Indigenous Guna communities of Panama. *People and Nature*, 5(2), 774-794.
- Ley nº 59, del 31 de diciembre de 1908. Sobre civilización de indígenas. Disponible en: <https://panama.justia.com/federales/leyes/59-de-1908-jan-8-1909/gdoc/>.
- Ley nº 56, del 28 de diciembre de 1912. Sobre Civilización Indígenas. Disponible en: <https://docs.panama.justia.com/federales/leyes/56-de-1912-jan-24-1913.pdf>.
- Ley nº 17, del 27 de junio de 2016. Que establece la protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígena en la República de Panamá. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998276>.
- Lourdes García Armuelles (30 de junio de 2024). Gardí Sugdub, lista para su traslado a tierra firme por el cambio climático. La estrella de Panamá. <https://www.laestrella.com.pa/panama/nacional/gardi-sugdub-lista-para-su-traslado-a-tierra-firme-por-el-cambio-climatico-LA7525379>
- Loureiro, C. *Educação Ambiental: questões de vida*. São Paulo: Cortez, 2019.
- Madi Dias, D. (2018). Entre a infância e o sonho: pedagogia guna da autonomia (Panamá). *Horizontes Antropológicos*, 24(51), 315-338.
- Madi Dias, D. (2019). Le théâtre de la révolution guna (1925). In J.-P. Garric (éd.), *Les spectacles du patrimoine* (1-). Éditions de la Sorbonne.

- Maldonado, A. T. (2012). La complejidad de la problemática ambiental de los residuos plásticos: una aproximación al análisis narrativo de política pública en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Martínez, M. (2020). La autonomía indígena en tiempos de pandemia. Panamá, la comarca de Gunayala y la Covid-19. *Revista Catalana de Dret Ambiental*, 11(2).
- Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial de Panamá – MIVIOT. (4 de junio de 2024). Primer día de mudanza de isla Gardí Sugdub a Isberyala se realiza con éxito. <https://www.miviot.gob.pa/2024/06/04/primer-dia-de-mudanza-de-isla-gardi-sugdub-a-isberyala-se-realiza-con-exito/>
- Mora Alvarado, D. A. Estudio comparativo en el acceso a los servicios de agua potable entre Panamá y Costa Rica. *Revista Tecnología en Marcha*. v. 31, n. 4, 84-96. 2018.
- Morales, L. A., Díaz, B. C. (2021). Reubicación poblacional de la comunidad de Gardi Sugdub, Panamá. *Karakol*, 1(1), 24-35.
- Morales, L. A., López, A. V. (2021). UNA BREVE HISTORIA DE LA PROTECCION JURIDICA DE LOS CONOCIMIENTOS TRADICIONALES EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ. *Planeta Amazônia: Revista Internacional de Direito Ambiental e Políticas Públicas*, (13), 157-169.
- Ortega S. E. (4 de junio de 2024). Mudanza de un hogar ancestral a casas de barriada: Traslado de gunas que residen en la isla Gardi Sugdub a tierra firme finaliza el 6 de junio. El Siglo. <https://elsiglo.com.pa/panama/nacionales/mudanza-de-un-hogar-ancestral-a-casas-de-barriada-1B7571183>
- Pereiro, X., De León, C. (2007). La construcción imaginaria del lugar turístico: Kuna Yala. *Tareas*, (127), 61-96.
- Pulgarín, J. (2008). Reflexión en torno al río Atrato. *Anuario*, 1(1), 249-266.
- Romoli, K. (1975). El Alto Chocó en el siglo XVI. *Revista Colombiana de Antropología*, 19, 10-38.
- Samaniego C. A. (29 de mayo de 2024). De isla a tierra firme: el cambio de Guna Yala. La Prensa. <https://www.prensa.com/sociedad/de-isla-a-tierra-firma-el-cambio-de-guna-yala/>
- Sánchez, Á. Injusticia ambiental y derecho humano del agua. *Revista Thesis Juris*, v. 3, n. 2, 151-156. São Pablo, Brasil. 10.5585/rtj.v3i2.186. 2014.
- Sarria Villa, R. A., Gallo Corredor, J. A. (2016). La gran problemática ambiental de los residuos plásticos: *Microplásticos*. *Journal de Ciencia e Ingeniería*, 8(1), 21-27.
- Smith, L. (2018). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous People*. R. Barbosa. Editorial UFPR (*Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas*). BRAZIL. 2018.
- Valiente López, A. (2002). *Derechos de los pueblos indígenas de Panamá*. Centro de Asistencia Legal Popular, Panamá.

- Viezzer, M., Grondin, M. (2021). *Abya Yala!: Genocidio, Resistencia y Supervivencia de los pueblos originarios de las Americas*. Bambual Editora LTDA.
- Voz de América (6 de junio de 2024). Indígenas abandonan isla en Caribe panameño ante aumento de nivel del mar. <https://www.vozdeamerica.com/a/indigenas-ocupan-casas-en-tierra-firme-tras-dejar-isla-en-el-caribe-panamenio-azotada-por-el-mar/7645558.html>
- Wagua, A. (2000). *En defensa de la vida y su armonía*. Instituto de Investigaciones Koskun Kalu del Congreso General de la Cultura Kuna.
- Wagua, A. (2007). *Así lo vi y así me lo contaron: datos de la Revolución Guna de 1925, versión del Sagladummad Inakeliginya y de gunas que vivieron la revolución de 1925*. FONDO MIXTO HISPANO – PANAMEÑO DE COOPERACIÓN. Panamá.
- Willaarts, B. A.; Blanco, E.; Llavona, A.; Martínez, D. (2021). Análisis comparativo de acciones con enfoque del Nexo Agua-Energía-Alimentación: lecciones aprendidas para los países de América Latina y el Caribe, 2021. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46713>.

AUTORES E AUTORAS

Alcindo Antônio Ferla

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) e doutor em Educação pela mesma universidade (UFRGS, 2002). Atualmente é Professor Associado da UFRGS no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Assessor de Cooperação Interinstitucional e Internacional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Atua também como professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA) e no Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde (PPGVida) do Instituto Leônidas e Maria Dehane (Fiocruz Amazônia). Como Pesquisador Visitante Sênior no Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz/FAPEAM, bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e como professor na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), na Nicarágua. Líder do Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Red Interstício). Coordenador da Associação Brasileira da Rede Unida e Editor-Chefe da Editora Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Alexandre Ramos-Florencio

Investigador y profesor invitado en Programas de Postgrado en Salud Pública. Ocupa el cargo de Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS en Guatemala. Tiene experiencia en el área de Salud Pública, trabajando principalmente en los siguientes temas: Política, Planificación y Gestión; Evaluación de Salud; Sistema y Servicios de Salud; Redes Integradas de Servicios de Salud; Atención Primaria, Atención Básica y Salud de la Familia; y Transformación Digital y Sistema de Información en Salud. E-mail: alexandre.ramos.florencio@gmail.com

Aline Blaya Martins

Graduada em Odontologia (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2000). Especialista em Saúde Coletiva: Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2008). Mestre e doutora em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2009/2012). Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS como professora permanente. Foi coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e da Residência Integrada em Saúde Bucal – Saúde da Família e Comunidade. Atuou na coordenação da Comissão de Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais na área (COREMU) da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e como representante da ANDIFES na Comissão Nacional de Residências em Saúde (CNRMS) (2017-2018). Pesquisadora com experiência em estudos epidemiológicos de base populacional. Atua atualmente nas áreas de Gestão do SUS e Atenção à Saúde de Populações Vulnerabilizadas. Feminista. Mãe. Militante do Coletivo Celia Sánchez. E-mail: alineblaya@gmail.com

Amanda Lia Rebêlo Rabelo

Formada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte. Docente nível I na Universidade Nilton Lins. Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas e Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira. Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e Fiocruz da Amazônia. E-mail: amandaliarr@gmail.com

Ana Cristina de Paula Maués Soares

Professora Associada da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Pará (UFPA-2001), onde também cursou o Mestrado em Sociologia Geral (UFPA-2004) e o Doutorado em Ciências Sociais (UFPA-2013). Atuação na área de Ciência Política, com ênfase principalmente nos seguintes temas: gênero, mulher, participação política, direitos humanos e sexualidade. Email: crisgepem2@gmail.com

Ana Lucia Nunes

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Pós-graduação em Gestão em Saúde (UFMA) e em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (LACRI/USP). Graduação em Serviço Social – (UFMA). Diretora Administrativa da Escola de Saúde Pública do Maranhão (SES/MA). E-mail: alununes2014@gmail.com

Antônio Carlos Sardinha

Professor Adjunto da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Doutor em Comunicação, tem formação nas áreas de Gestão Pública e Jornalismo. Como pesquisador, atua na área de Estudos de Cultura em interface com questões de Direitos Humanos, Gênero/Sexualidade, Políticas Públicas e Ensino. Tem experiência em consultoria técnico-científica a organizações governamentais, não governamentais e movimentos sociais em Gestão de Políticas Públicas, Gênero e Direitos Humanos. E-mail: sardinhajor@yahoo.com.br

Artinelio Hernandez

Profesor en la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS-Panamá). E-mail: artinelio.hernandez@udelas.ac.pa. <https://orcid.org/0000-0002-3341-2322>.

Camila Aleixo de Campos Avarca

Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

Carlos Eduardo Rodríguez Ramirez

Autoridad tradicional de la comunidad Yararaca hasta el 2023. indígena de la etnia Cubea.

Carlos Güida Leskevicius

Doctor en Medicina (Udelar, Uruguay). Prof. Titular y director del Magíster en Salud Comunitaria, Facultad de Salud y Ciencias Sociales. 325 Universidad de Las

Américas, Chile. Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar – Universidad de Chile. Doctorando en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Universidad de Las Américas. Santiago de Chile, Región Metropolitana. Chile. E-mail: cguida@udla.cl. Universidad de Chile. E-mail: cguida@uchile.cl

Cássia Ferreira de Oliveira

Graduação em Ciências Sociais (UEMA), Mestre em Antropologia (PPGAnt/UFPI). Servidora da Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESPM). Membro do projeto “Medicina Indígena e bem viver: políticas públicas e desenvolvimento das populações na Amazônia”, financiado pelo CNPq. Coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia, em parceria com a ESPM. E-mail: cassia.oliveira86@hotmail.com

Cindy Junieth Castillo Castillo

Licenciada en Química Farmacéutica. Alumna de la Maestría en Salud Pública – UNICA. Agente de Promoción en Farmacias, Laboratorio Faes Farma. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3778-2977>

Cristian Fabiano Guimarães

Doutor em Psicologia Social pela UFRGS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

Cristiane Ferreira da Silva

Graduada em enfermagem, especialista em saúde pública com enfoque em saúde indígena. Especialização em vigilância em saúde na rede de atenção primária. Mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, pelo Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia. Responsável Técnica em Saúde da Mulher DSEI ARS. Pesquisadora do LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazônia e do Minilaboratório da Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA-Tabatinga/AM. E-mail: crisenf2001@yahoo.com.br/ cristiane.silva@saude.gov.br

Daysi Masís

Cirujano Dentista Universidad Americana UAM. Especialista en Odontopediatría y Ortopedia de los Maxilares Universidad de Buenos Aires, Argentina. Posgrado en Docencia Universitaria y Cursante de la Maestría en Salud Pública. Universidad Católica ÚNICA / Rede Unida. Correo eletrônico: dmasis2@unica.edu.ni

Denise Bueno

Licenciada en Farmacia por la UFRGS, trabajó en la farmacia hospitalaria del Grupo Hospitalar Conceição (1986-2003), creando el Servicio de Apoyo Nutricional del Hospital Conceição, actuando como farmacéutica clínica en un equipo interprofesional. Especializada en Administración Hospitalaria por la Pontificia Universidad Católica (PUC-RS), en Farmacia Clínica por la Universidad de Chile, con especialización en Soporte Nutricional por la Asociación Médica Brasileña (AMB) y en Seguridad del Paciente (FIOCRUZ-Nueva Universidad de Lisboa).

Doctora en Ciencias Biológicas por la UFRGS, donde su tesis versó sobre el Estudio ontogénico de los sustratos energéticos en el Sistema Nervioso Central. Profesora Titular del Departamento de Producción y Control de Medicamentos de la Facultad de Farmacia de la UFRGS en el área de Asistencia Farmacéutica. Fue coordinadora del Programa de Posgrado en Asistencia Farmacéutica de la UFRGS (2018-2022).

Denise Machado Duran Gutierrez

Psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira. Vinculada a Universidade Federal do Amazonas-Faculdade de Psicologia. E-mail: ddgutie@ufam.edu.br

Diego Madi Dias

Profesor en la Universidad de São Paulo – (USP-Brasil). E-mail: diegomd@usp.br. <https://orcid.org/0000-0002-2459-6529>.

Eddy Stevens Martínez Coronado.

Médico graduado en UNAN – León (2018). Maestrante/Doctorante en el programa de Salud Pública de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) en convenio con Rede Unida, Brasil (2022-2026). Maestrante de Nutrición Clínica en Universidad Católica de Murcia (2023-2024). Experiencia laboral como Asistente técnico en SE-COMISCA, Consultor e implementador en OPS Nicaragua, Creador de contenido pedagógico y tutor virtual para el CVSP – OPS. Profesor universitario de Medicina en UNICA. Médico en Atención Primaria en Salud para el Ministerio de Salud de Nicaragua.

Edson César dos Santos Seixas

Graduando em Medicina na Universidade Federal do Amazonas. Estudante de Iniciação Científica, membro do grupo de pesquisa “Observatório de Saúde Comunitária, Saúde Ambiental e Territórios Sanitários – OBSCAT”.

Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá. Especialista em Enfermagem Cirúrgica pela Comissão de Residência em Enfermagem do Estado do Amapá. Especialista em Gestão dos Programas de Residência em Saúde. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Professora Adjunto IV do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá. Docente permanente do Programa de Mestrado em Saúde da Família (ProfSaúde). Chefe da Divisão de Enfermagem do HU – UNIFAP. Macapá, Amapá. E-mail: erikafernandes@unifap.br

Fabiana Mânica Martins

Enfermeira. Professora Adjunta II no Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) – Polo UFAM. Coordenadora Institucional do PET-Saúde Equidade – EquiDelas 2024-2026.

Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). Vice líder do Grupo de Pesquisa Observatório de Saúde Comunitária, Saúde Ambiental e Território Sanitários na Amazônia (OBSCAT/Amazônia). E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br

Haidzmora Cíntia Santana Guajajara

Supervisora dos agentes etnoambientais contrato temporário na CR Maranhão (FUNAI). Mestre em Linguística e Línguas Indígenas (PROFLLIND – Museu Nacional – UFRJ). E-mail: guajajaracintia3@gmail.com

Isamara Guadalupe Alemán Cruz

Graduada como doctor en medicina y cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Maestrante de Salud Pública en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA). E-mail: mayialeman21@gmail.com.

Janayla Bruna Almeida de Oliveira

Graduada em Nutrição. Especialista em Saúde Indígena. Especialista em Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas. Especialista em Nutrição Materno Infantil e Nutrição Clínica. Mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA/Leônidas e Maria Deane- ILMD/ Fiocruz Amazônia. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Responsável Técnica pela Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena no DSEI Alto Rio Solimões. E-mail: janayla_oliveira@hotmail.com

Jeffer Haad

Cirurgião-dentista, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e doutorando em Saúde Pública pela Fiocruz Amazônia (ILMD). Além da sua atuação na pesquisa acadêmica, também atua como escritor amazonense de livros infantojuvenis, sendo suas obras contempladas por editais de referência local – Manaus de Conexões Culturais (2019 e 2020), Prêmio Zezinho Corrêa (2021); Edital Thiago de Mello (2023) – e de projeção nacional – Lei Aldir Blanc (2022) e Lei Paulo Gustavo (2023). E-mail: jefferhaad@gmail.com

Johanna González Marín

Médica de la Universidad Central de Venezuela. MSc en Control de Enfermedades (mención enfermedades tropicales) del Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo en Amberes. MPhil en Análisis antropológico social en la Universidad de Cambridge. Doctorado en antropología social de la Universidad de Cambridge. Actualmente se desempeña como Investigadora del Centro de Pensamiento Amazonas y Centro de Excelencias en Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Nacional de Colombia sede Amazonía.

Júlio Cesar Schweickardt

Graduado em Ciências Sociais e Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), doutor em História das Ciências e

da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC/ Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). como professor na Universidade Católica Redemptoris Mater (UNICA), na Nicarágua. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Larissa Goñi Murussi

Trabalhadora da atenção básica do SUS. Mestranda em Saúde Coletiva na UFRGS . Residência em Pediatria na PUCRS. Graduação em Medicina pela UFRGS. E-mail: larissamurussi@gmail.com

Leandro Luiz Giatti

Biólogo, mestrado e doutorado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental / Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo. E-mail: lgiatti@usp.br <https://orcid.org/0000-0003-1154-6503>

Lenin Alfonso Morales

Estudante de Doutorado na Universidade de São Paulo (USP-Brasil). E-mail: moralesla28@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-0071-1956>

Isadora Silva

Advogada. Ordem dos Advogados do Brasil. E-mail isahenrique64@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8914-4489>

Izi Caterini Paiva Alves Martineli dos Santos

Enfermeira (EEM/UFAM), mestre em Ciências do Ambiente e sustentabilidade na Amazônia (PPGCASA/UFAM) e doutoranda em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM/ILMD). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/ Fiocruz Amazônia. E-mail: izicaterini@outlook.com

Károl Veiga Cabral

Psicóloga, mestrado em psicologia social e institucional, doutorado em antropologia e validado nacionalmente como saúde coletiva. Professora da Universidade Federal do Pará (UFPA), docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia – UPFA. E-mail: karolveiga@ufpa.br

Marluce Mineiro Pereira

Graduada em Serviço Social e mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Aluna do doutorado acadêmico em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM/ILMD-Fiocruz Amazônia, bolsista CAPES. Integrante do LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: marluce.pereira@fiocruz.br

Maria Denise Schimith

Licenciada en Enfermería por la Universidad Federal de Santa Maria (1989) y Máster en Enfermería por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (2002). Doctora en Ciencias por la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp/SP). Postdoctorado por

la Universidad Federal de Rio Grande (FURG), con beca PDJ del CNPq. Profesor Asociado de la Universidad Federal de Santa Maria. Actualmente Directora del Centro de Ciencias de la Salud de la UFSM. Miembro de la Asociación Rede Unida, organización internacional. Tiene una asociación de enseñanza e investigación con la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) Nicaragua.

Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho – USP.

Mariano de Ribamar Lindoso Frazão

Pedagogo. Assistente técnico na Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão na coordenação de Educação e Saúde. E-mail: mariano.fraza@gmail.com.br

Maura Nunes Pimentel de Carvalho

Psicóloga pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Enfermeira pela Faculdade de Ensino Superior de Floriano (FAESF). Doutoranda em Saúde Pública pelo programa de Doutorado em Saúde Pública da Amazônia (DASPAM) Fiocruz em associação com UFAM/UEA. E-mail: mauranunes6@gmail.com

Mayara dos Santos Ferreira

Psicóloga, Ma. em Psicologia e Processos Psicossociais (UFAM). Discente do programa de doutorado em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM) do Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD – FIOCRUZ Amazônia.

Nelma Nunes da Silva

Professora Adjunta da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Doutora em Ciências e formação na área de fisioterapia. Pesquisadora de saúde da população negra e quilombola e violência de gênero. Professora e Coordenadora Institucional do Programa de Mestrado em Saúde da Família. (PROFSAÚDE-ABRASCO-FIOCRUZ). Pesquisadora do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas GEAD/EEUSP e do Observatório da Democracia, Direitos Humanos e Políticas Públicas. Email: nelmanunes@unifap.br

Patrícia Rocha Chaves

Possui Doutorado em Geografia Humana pela FFLCH-USP; Professora do curso de geografia da Universidade Federal do Amapá (Unifap); Presidente da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia (ANPEGE). E-mail: patricia.chaves@unifap.br

Raniele Alana Lima Alves

Enfermeira, mestra em saúde coletiva pelo ILMD/Fiocruz Amazônia, pesquisadora do LAHPSA/ Fiocruz- AM. E-mail: lanahlima93@gmail.com

Raquel Del Socorro Jarquín Rivas

Graduada em Psicologia. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILM/ Fiocruz Amazônia. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA/ILMD – Fiocruz Amazônia. E-mail: raquel.jarquin@fiocruz.br

Rosemarie Andrezza

Doutora em Saúde Pública pela USP. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

Rosemary Amanda Lima Alves

Doutoranda em psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (PPGSI-UFAM), Mestra em psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (PPGSI-UFAM). Desenvolve pesquisa na área de intercultura e raça-etnia com ênfase nos temas: diversidades, direitos humanos, preconceito e discriminação, prevenção, implementação e avaliação de intervenções em casos de violência sexual infanto-juvenil na Amazônia. E-mail: rosemarylves19@gmail.com

Sâmia Maracaípe Lima

Engenharia Sanitária e Ambiental, mestrado em Ciências, doutoranda em Ciências, com ênfase em Sustentabilidade e Políticas Públicas, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares / Universidade de São Paulo.

Solimar Sahory Coleman

Graduada como doctora en medicina y cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN – León). Maestranda de salud pública en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA). Con diplomado en metodología de la investigación en salud y análisis de datos.

Teresinha Heck Weiller

Enfermeira. Phd em Enfermagem e Saúde Pública (EERP-USP-2019). Doutora em Enfermagem e Saúde Pública (EERP-USP-1998), Mestre em Enfermagem e Saúde Pública (EERP-USP-2008). Especialista em Saúde Pública (UNIJUÍ-1988). Graduada em Enfermagem (UNIJUÍ-1984) e Direito (UNIJUÍ 1995). Professora no curso de Graduação em Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem e Residência Multiprofissional na UFSM. Professora convidada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA). Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC). E-mail: teresinha.weiller@ufsm.br

Víctor Alberto González Obando

Licenciado en Psicología en contextos multiculturales y graduado de un Post grado en Administración de Recursos Humanos con mención en Psicología Laboral. Con experiencia en el activismo por los derechos humanos, autonómicos, de la niñez, las adolescencias, juventudes y la comunidad LGBTIQ+ (Lésbicas, Gays, Bisexuales,

Trans, Intersexuales) del Caribe Nicaragüense principalmente. Con experiencia también en la coordinación de proyectos y programas sociales en materia de participación ciudadana juvenil, prevención combinada del VIH, comunicación para el cambio social y prevención de violencia juvenil y consumo de drogas, así como, emprendimiento juvenil enfocado al alcance de los ODS2030. E-mail: vgo1993@gmail.com

Vilmaricia de los Ángeles Cerda González

Enfermera Materno Infantil (UNAN-Managua, 2014). Diplomado en Cuidados Especiales para el Recién Nacido (UNAN-Managua, 2019). Maestrante en Salud Pública (UNICA 2022-2026). Tutora para Mediación Pedagógica en la Educación Permanente en Salud (OPS/OMS). E-mail: vilmaricia@hotmail.com

Wellington Queiroz de Freitas

Graduado em Odontologia, Sanitarista, especialista em Saúde Indígena e mestre em Gestão, trabalho, educação e saúde pela UFRN. Cirurgião-dentista no Distrito Sanitário Especial Indígena – Maranhão. E-mail: wqfreitas25@gmail.com

William Pereira Santos

Mestre em Saúde Coletiva. Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Amazonas. E-mail: pereirasantoswilliam@gmail.com

Xochilt Urrutia Marín

Médica General Graduada de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (2019). Master en Nutrición Clínica y Endocrinología de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, España (2021). Maestrante en Salud Pública Universidad Católica Redemptoris Mater, Managua (2022 a la fecha). Médica asistencial y Nutrióloga, Managua-Nicaragua. Correo electrónico: xochilturrutia@gmail.com

Yorman Paredes-Marquez

Biólogo, mestrado em Saúde Pública e doutorando em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo. E-mail: paredesy@usp.br

Yuri Consuelo Rodríguez Rodríguez

Enfermera (2011, Universidad Nacional de Colombia). Mestre en el programa de Postgrado en Condiciones de Vida y Situaciones de Salud en Amazonia (PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia), Programa Educacional VigiFronteiras-Brasil/Fiocruz.

de co lo nia li des

y cuidados en salud en América Latina

