



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MILENA REGISTRO

**O AFETO PRESENTE NAS PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E
SEUS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE UMA SAÚDE
INTEGRATIVA**

Londrina

2024

MILENA REGISTRO

**O AFETO PRESENTE NAS PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E
SEUS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE UMA SAÚDE
INTEGRATIVA**

Universidade Estadual de Londrina - UEL, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González
Coorientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da
Silva

Londrina
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

R337o Registro, Milena.
O afeto presente nas práticas de autoatenção e seus efeitos na formação de uma saúde integrativa / Milena Registro. - Londrina, 2024.
60 f.

Orientador: Alberto Durán González.
Coorientador: Anaxsuell Fernando da Silva.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Autoatenção - Tese. 2. Integralidade em Saúde - Tese. 3. Coletivos - Tese. 4. Afeto - Tese. I. Durán González, Alberto. II. Fernando da Silva, Anaxsuell. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

MILENA REGISTRO

O AFETO PRESENTE NAS PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E SEUS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE UMA SAÚDE INTEGRATIVA

Trabalho de Dissertação apresentado à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Coorientador Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
Universidade Federal da Integração Latino Americana - UNILA

Profa. Dra. Alejandra Astrid León Cedeño
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maira Sayuri Sakai Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 19 de março de 2024.

AGRADECIMENTOS

De maneira geral, temos a concepção de que as pesquisas científicas se compõem em percursos solitários, numa imersão de textos, reflexões e escrita. No entanto, para a elaboração desta pesquisa foram-me essenciais as colisões, e foi justamente o encontro com o Outro que me permitiu chegar até aqui.

Eu escolhi o envolvimento denso, e construí um itinerário científico afetivo, cheio de sujeitos, e de nenhum objeto.

Por isso, agradeço a quem fez florescer esta pesquisa: Lidu, Nice, Luana, Alejandra e muitas outras sujeitas que em calorosos sábados reuniam-se às margens para produzir vida.

Agradeço ao meu orientador, professor Alberto, por sua escuta sensível, e a todas as palavras precisas que me foram proferidas.

Agradeço ao meu coorientador, Anaxsuell, que tem por virtude ser um excelente guia, não apenas em projetos acadêmicos, mas também na vida.

Agradeço imensamente à professora Maira, que em seu senso aguçado e poético da vida me conduziu ao Ciranda da Cultura.

Agradeço à professora Regina e à professora Flávia por toda contribuição valiosíssima em minha trajetória acadêmica.

Agradeço ao meu terapeuta, Alisson, por tornar possível um espaço de cuidado seguro, mesmo quando achava tudo indevido.

Agradeço a todas as importantes trocas reflexivas que amigas e amigos me proporcionaram neste caminho. Especialmente a Jô, Paulo, Duda e Gabriel por todo acolhimento.

Agradeço ao meu companheiro felino Kai, que mesmo agora em uma viagem longe de mim, continua sendo meu melhor abrigo.

Agradeço também à minha família, que para além de suportes materiais e emocionais, genuinamente celebra minhas realizações.

Agradeço à Universidade Estadual de Londrina (UEL), à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e a todo o ensino público brasileiro por oportunizar o acesso a uma educação social de qualidade.

Por fim, agradeço também a mim, por persistir na construção de pesquisas afetivas, confiando e arriscando no potencial de propostas subversivas.

Boa vida
É como ir de encontro ao outro e deixar bater
Se arrebentar sem doer
É como entrar em meio ao fogo só pra derreter
Se entregar sem querer
(BOOGARINS, 2015)

RESUMO

REGISTRO, M. O afeto presente nas práticas de autoatenção e seus efeitos na formação de uma saúde integrativa. 2024. 60p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina – Paraná, 2024.

Os processos de saúde e doença no Ocidente são sobretudo determinados pelo modelo biomédico cartesiano de caráter hegemônico, responsável por induzir o que se entende por atenção em saúde, atuando assim, como uma ferramenta de controle social mediante à imposição de uma norma de bem-estar. A crítica a esse modelo médico é necessária para não apenas expor as relações de poder que influenciaram o curso histórico dos processos de saúde e doença, mas também para que avancemos na discussão de saúde como um conceito ampliado e plural. Os processos de saúde e doença são reflexos de sistemas culturais que contribuem para o conhecimento da existência de outros modelos de atenção qualificados, e de outras formas não institucionais de se produzir saúde. A existência de redes informais em saúde apresenta-se nesta pesquisa enquanto práticas de autoatenção no protagonismo de sujeitos e coletivos que buscam encontrar e criar soluções para suas demandas de saúde, mediante sua própria realidade e subjetividade, guiando-se pelo afeto que permite articular de maneira fluída diferentes dimensões epistemológicas e práticas em prol dos seus desejos. O objetivo da pesquisa, portanto, é de compreender e demonstrar como a autoatenção articula afetivamente distintas formas de cuidado para a formação de uma saúde mais integrativa, tendo como local empírico de estudo a associação comunitária Ciranda da Cultura em Londrina, Paraná. Trata-se de um espaço autogestionado, sobretudo por mulheres e adolescentes, que fornece e fomenta atividades cooperativas gratuitas à comunidade por meio do trabalho em rede. Por meio de uma análise qualitativa etnográfica em colaboração à metodologia cartográfica, realizaram-se encontros participativos com a intenção de produzir mapas afetivos que ilustrassem as linhas de força e os movimentos de desejo que dão forma ao que nomeio como Cirandas da Autoatenção. Como resultado preliminar teve-se a concepção de que o afeto atua como potência dessas práticas que, ao não evitar as subjetividades, extrapolam os limites protocolares dos modelos de atenção formalizados, contribuindo para o rompimento de ciclos de dependência diagnóstico terapêutica, assim devolvendo e produzindo autonomia às pessoas em campos de força micropolítica. As considerações da pesquisa são de que a prática de autoatenção encaminha a saúde para um cuidado não genérico, que se aproxima dos fluxos de vida das pessoas como uma prática integrativa no reflexo de suas necessidades e desejos.

Palavras-chave: Autoatenção; Integralidade em Saúde; Afeto; Coletivos.

ABSTRACT

REGISTRO, M. The affection present in informal health practices, “autoatenção”, and its effects on the formation of integrative health. 2024. 60p. Dissertation (Master’s degree in Collective Health) – State University of Londrina (UEL), Londrina – Paraná, 2024.

Health and disease processes in the Western countries are mainly determined by the Cartesian biomedical model, with a hegemonic character responsible for inducing what is understood as health care, thus acting as a tool of social control through the imposition of a standard of well-being. Criticism of this medical model is necessary to not only expose the power relations that influenced the historical course of health and disease processes, but also to advance the discussion of health as an expanded and plural concept. Health and disease processes are reflections of cultural systems that contribute to the knowledge of the existence of other qualified care models, and other non-institutional ways of producing health. The existence of informal health networks is presented in this research as autonomous healthcare practices in the protagonism of subjects and collectives who seek to find and create solutions for their health demands through their own reality and subjectivity. Guided by affection that allows you to fluidly articulate different epistemological and practical dimensions in favor of your desires. The objective of the research, therefore, is to understand and demonstrate how “autoatenção” affectively articulates different care networks for the formation of a more integrative health, using the Ciranda da Cultura community association in Londrina, Paraná as the empirical study place. It is a self-managed space mainly for women and teenagers that provides and encourages free cooperative activities for the community through collective work. Considering a qualitative ethnographic analysis in collaboration with cartographic methodology, participatory meetings were held with the intention of producing affective maps that illustrated the lines of force and movements of desire that shape what I call Cirandas da Autoatenção. As preliminary results, we had the conception that affection acts as a power of these practices which, by not avoiding subjectivities, goes beyond the protocol limits of formalized care models, contributing to the breaking of cycles of diagnostic and therapeutic dependency, thus returning and producing autonomy to people in micropolitical force fields. The research considerations are that the practice of “autoatenção” directs health towards non-generic care, which approaches people’s life flows as an integrative practice reflecting their needs and desires.

Key-words: Autoatenção; Integrality in Health; Affection; Collectives.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- DIA DE PESAGEM (21 DE OUTUBRO)	44
FIGURA 2- HORTA COMUNITÁRIA (30 DE SETEMBRO)	44
FIGURA 3- CINEMA POPULAR INDÍGENA (25 DE MARÇO)	46
FIGURA 4 - ELO GERACIONAL (06 DE MAIO)	46
FIGURA 5 - ENTRADA DO CENTRO COMUNITÁRIO (18 DE MARÇO)	48
FIGURA 6 - MAPA AFETIVO LUA	50
FIGURA 7 - MAPA AFETIVO FLORA	50
FIGURA 8 - MAPA AFETIVO LEOA	51
FIGURA 9 - MAPA AFETIVO ESMERALDA	51
FIGURA 10 - MAPA AFETIVO ROSA	52
FIGURA 11 - MAPA AFETIVO GENTILEZA	52

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	INTRODUÇÃO	13
3	CAPÍTULO I – O ESVAZIAMENTO DA PRÁTICA DE CUIDADO E A SUBALTERNIZAÇÃO DO OUTRO	18
4	CAPÍTULO II – SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA PSICOSSOCIAL DE AFETOS DINÂMICOS	28
5	METODOLOGIA E OBJETIVO	37
6	CAPÍTULO III – LEMBRANÇAS DESDE QUE NASCI ATÉ AQUI	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8	REFERÊNCIAS	58

1 APRESENTAÇÃO

Quando escrevo sobre saúde, escrevo a partir de uma vivência de cuidados que se deram entre minha mãe e suas plantas. Quem é adepta, ou adepto, da cura por meio das plantas sabe da condição intimista que se estabelece com estas; é um extrapolar do uso-objeto para uma emersão de conexões cooperativas de cuidado.

As plantas têm por diretriz o saber popular, histórico e tradicional, e é a constante articulação dessas culturalidades com os princípios ativos que produz e potencializa *a tal* saúde. Assim, saúde, em minha percepção, é esse grande emaranhado de cuidados; não basta um chá, precisa-se antes da rega, da reza e de uma boa conversa.

Nos estudos de saúde coletiva descobri que *a tal* saúde tinha um prenome, e o que eu apenas via-se chamar de saúde recebia agora o antenome “informal”, criando-se o conceito de autoatenção. Tem-se toda sua importância política de intitular nomes ao que não é hegemônico, mas, vale a sátira, afinal precisamos reconhecer e valorizar o que para muitas pessoas bastou para uma vida toda.

Escolhi ter vindo para o mestrado de saúde coletiva, e migrar da área das ciências sociais, mediante um desejo ambicioso de hibridizar conhecimentos. Uma vontade que surge como uma epifania em meu trabalho de conclusão de curso: “pessoas podem ampliar ou reduzir o exercício de cura de uma medicina a partir dos seus afetos”.

O que para a ciência mais enrijecida pode ser ainda apenas um efeito placebo, para nós, românticas(os) de plantão, tem um grande potencial a ser explorado e harmonizado à uma integralidade em saúde. Foi, portanto, com essas expectativas que eu cheguei ao programa de mestrado: da valorização das subjetividades, dos afetos e culturas como expoentes de saúde não apenas legítimos, mas extremamente significativos.

Esta epifania me trouxe ao centro comunitário Ciranda da Cultura em Londrina – Paraná, onde em encontros imersivos de campo pude presenciar a produção de saúde material e simbólica em um agenciamento de redes afetivas.

Em um genuíno processo de vínculo e cuidado, a Associação Ciranda, que advém de uma ocupação comunitária de uma população marginalizada na

defesa de um território, assegura desejos culturais enquanto formas legítimas de promover saúde.

2 INTRODUÇÃO

Sob a influência da pandemia SARS-CoV-2, as ciências da saúde (re)vivenciaram intensas tensões nesses últimos três anos, não apenas em suas ações práticas, mas também no seu núcleo formativo. Nesse contexto criaram-se muitas desavenças científicas e culturais sobre a forma de produzir saúde, sendo possível observar importantes descolamentos epistêmicos de práticas de atenção profissionais às formas de cuidado comunitárias de grupos populares. Sob análise da saúde coletiva, a crise nas medidas sanitárias governamentais e a culturalidade do modelo médico convencional recuperam e aprofundam discussões sobre as fronteiras rígidas em torno do conceito de saúde. Seria isto realmente responsabilidade exclusiva do sistema biomédico? Pois, de fato, há muitas disputas territoriais pelo exercício do cuidado, que, independente de uma certificação, segue por atuar eficientemente em espaços (geográficos e subjetivos) por muitas vezes invisíveis ao modelo convencional.

Proponho-me, na atual pesquisa, a acompanhar essas discussões sobre os processos de saúde e doença ao lado de um coletivo que agencia redes de autoatenção como práticas de cuidado informais sensíveis às suas dimensões materiais e imateriais em saúde. Partindo de uma discussão macrossocial política sobre os modelos de atenção e o caráter hegemônico do modelo biomédico ocidental, para uma discussão microssocial cotidiana de iniciativas comunitárias produtoras de saúde em sua qualidade plural e ampliada.

Sabe-se que a biomedicina tem suas origens tecidas sobre o paradigma cartesiano fomentado por Descartes e posteriormente por Newton (BARROS, 2002), onde segundo eles o funcionamento do corpo humano correspondia ao funcionamento de uma máquina. A academia ocidental foi concebida sobre tal percepção de uma saúde fragmentada, onde os estudos médicos atenuaram-se a sintomas e diagnósticos, fracionando-os da estrutura total, não apenas biológica, mas também sociocultural do corpo humano.

Essa forma de estudar o ser humano é ainda muito influente dentro do nosso sistema médico de saúde, além disso, a própria ciência ocidental é caracterizada pelo reducionismo imparcial que busca, por meio de muitas dicotomias, distinguir as dimensões naturais e humanas para exercer uma prática científica neutra, e por consequência universal.

Os debates em torno dos modos de se perceber e fazer saúde se fazem, portanto, necessários para que possamos ampliar nossos horizontes para fora da norma hegemônica, por isso trago para diálogo com a saúde coletiva, a perspectiva antropológica que nos aproxima do entendimento de que os determinantes de saúde e doença são reflexos de sistemas culturais, procurando explorar culturalmente os processos de saúde e doença e repensar esses itinerários terapêuticos dominantes de um colonialismo sanitário, na exposição de modelos alternativos de produção de saúde.

A intenção de expor contrapontos entre os modelos de saúde não é de traçar uma oposição, – já que se reconhece o fruto positivo que a perspectiva técnico-lógica nos traz, tanto como os modelos holísticos, mas sim de propor encontros e entremeios que destaquem os limites de cada modelo para que assim, estes possam se entrecruzar e complementarem-se. De qualquer maneira é importante atentar-se para a assimetria presente nessas inter-relações, visto que o modelo biomédico ocidental está num campo diferente dos demais, pois como frisam os autores Narciso Barrera e Víctor Toledo (2015), o conhecimento científico do ocidente foi responsável por influenciar historicamente diversas sociedades em relações de dominação/subordinação.

O modelo de autoatenção aqui é expressado mediante um caráter subjetivo sociocultural que procura exercer práticas de saúde sem a intervenção direta ou central de curadores profissionais, numa relação de autonomia social que firma-se na realidade cotidiana para a desenvoltura de seus saberes e práticas:

Por autoatenção nos referimos neste trabalho às representações e práticas que a população utiliza a nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda que estes possam ser a referência da atividade de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003, p.198, tradução nossa)¹

¹ No original: Por autoatención nos referimos en este trabajo a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención.

O antropólogo em saúde Eduardo Menéndez (2003), disserta, portanto, sobre a relevância desta diferença existente entre os modelos de atenção profissionalizados e o modelo de autoatenção, uma vez que os curadores buscam em suas práticas manter uma única identidade (qualificada), e mesmo suas relações interdisciplinares são marcadas por uma estigmatização da alteridade em um exercício de apropriação hegemônica e/ou exclusiva. Os praticantes da autoatenção, por sua vez, articulam diferentes relações, contraditórias ou não, para a construção de uma prática integrativa que tenha seu próprio sentido naquela vivência subjetiva e coletiva.

A cultura traz como representação simbólica as estratégias de sobrevivência estabelecidas por grupos sociais mediante a forma como cada um interage com seu ambiente (LANGDON, 2010), logo a autoatenção revela a influência dinâmica dos elementos culturais presentes no âmbito da saúde ao emergir simbioses de diversas habilidades e reflexões que correspondem a sobrevivência desses coletivos. No entanto, esta não deve ser pensada com base na exclusão dos modelos de atenção profissionalizados, pois um praticante de autoatenção pode sim fazer usufruto de serviços de saúde. O que representa a este sujeito ou grupo como adepto a autoatenção é o vínculo a um núcleo epistemológico e prático de saúde autônomo coletivo capaz de transitar entre diversas formas de atenção.

De modo antecipado, é essencial levar em consideração nesta pesquisa que as redes informais de saúde estão permeadas pelo afeto, o que as levam a constantemente ressignificar seus métodos de cura como reflexo dos desejos desses grupos e indivíduos. Por afeto considero as percepções de Espinosa (2009), afirmando-o como uma potência e o expressando em seu sentido mais literal da palavra, de ser afetado ou afetada por algo, “O afeto é uma variação em nós, relativa a uma realidade, é uma variação que compreende o aumento ou diminuição da capacidade de agir e da força de existir” (YONEZAWA, 2013, p.188). A potência afetiva é compreendida mediante as afecções marcadas nos corpos, uma afecção é, portanto, um encontro de um corpo com Outro².

² O “Outro” com maiúscula enquanto categoria antropológica que se refere a uma identidade constituída por valores e sentidos.

A autoatenção manifesta-se a partir desses encontros sensíveis com as multiplicidades corporais, usufruindo dessa expressão em potencial para conceber processos de saúde pautados em experiências cotidianas concretas dos distintos fluxos de vida. Considero, mediante a pesquisa, que isto ocorre porque os praticantes de autoatenção enxergam e conscientizam-se da potência do afeto, conduzindo suas relações na confluência de seus desejos para a produção de afetos ativos.

Os desejos, como referem-se Deleuze e Guattari (1995), são unidades de produção dos sujeitos responsáveis por configurar realidades fundamentadas nas múltiplas subjetividades sociais, e como acrescenta Spivak (2010), a relação entre poder e desejo teria como elemento materializador a ideologia, por conta disso o desejo pode ser um importante agente facilitador de encontros agradáveis e ativos.

Nesse sentido, o que se pretende desenvolver ao longo dos próximos capítulos é a proposição de que as práticas de autoatenção agenciam, por meio do afeto, formas de cuidado informais integralizadas com seu cotidiano, e em fluxos abertos traçam práticas micropolíticas sensíveis às dimensões materiais e imateriais em saúde.

A dissertação se constrói sobre uma prática de campo no centro comunitário Ciranda da Cultura, uma associação periférica popular situada em Londrina – Paraná, que busca, desde 1999, por meio do trabalho em rede proporcionar produção de vida de baixo para cima, pautado em um cotidiano fomentador de atividades cooperativas gratuitas como: aulas de dança, fisioterapia, educação física, oficinas de arte, fitoterapia, cinema, teatro, rodas de leitura, eventos comemorativos, além da criação de técnicas para autogestão como troca de serviços, construção de hortas comunitárias, e sobretudo, no compartilhamento de saberes.

Pensando relativamente, existe um vasto campo de produções acadêmicas sobre a relação transdisciplinar entre as ciências humanas e as ciências da saúde. Ao longo de muitos anos de estudo, desenvolveram-se distintos pensamentos críticos responsáveis por fomentar discussões essenciais acerca dessas áreas, temas os quais pretendo aprofundar neste trabalho. Um ponto chave desse debate está na manutenção das desigualdades sociais, e como esta está conectada com a rejeição das condições sociais, raciais e

culturais como aspectos fundantes nos processos de saúde e doença. Outro tema muito articulado dentro das academias é o fenômeno da alta medicalização dos corpos e a dependência diagnóstica-terapêutica, como também a construção da normalidade e da patologia frente à propagação de um bem-estar normativo simplista.

A singularidade da pesquisa se expressa na proposição de visualizar na presença de um coletivo periférico, como práticas de autoatenção produzem uma saúde mais integrativa devido a articulação afetiva de distintas dimensões de cuidado que não se resumem à concepção biomédica.

Construí essa pesquisa como uma continuidade do meu trabalho de conclusão de curso em Antropologia – Diversidade Cultural Latino-americana na Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA)³, no qual me dediquei a pesquisar sobre o conhecimento tradicional das plantas medicinais, e como sua sinonímia popular, isto é, a cultura em torno desse saber influenciava na efetividade dessa prática de saúde. Observei com minhas interlocutoras que o afeto era justamente o caminho que conciliava os efeitos biológicos e culturais (princípios ativos e mágicos) da medicina das plantas, capaz de potencializar o poder de cura dessas quando devidamente assumido.

³ <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/6172>

3 CAPÍTULO I – O ESVAZIAMENTO DA PRÁTICA DE CUIDADO E A SUBALTERNIZAÇÃO DO OUTRO

Começamos imergindo em uma experiência pedagógica: uma sala de aula com estudantes da saúde, atualmente o processo de aprendizado desses cursos em sua grande maioria restringe-se a uma ou duas disciplinas que proponham um diálogo interdisciplinar, especificamente com o campo das ciências sociais. É evidente nas universidades do país a hierarquização das áreas de conhecimento decorrentes do processo de secularização da ciência ocidental (LATOUR, 1994), este que em sua proposta de romper com o domínio mágico-religioso acaba por rejeitar também as ciências de reflexão na sua insaciável busca pela purificação.

A implicação dessa escassez interdisciplinar converge na forma como esses profissionais aprendem a se relacionar com a sociedade enquanto um objeto de estudo estático e passivo (SILVA et al., 2018). As consequências desse processo são sutilmente apresentadas tanto pelo corpo docente quanto estudantil no tratamento que se dá aos aspectos sociais e culturais como conhecimentos dispensáveis às práticas médicas e adjacentes em saúde. Vale ressaltar que endosso e uso como provocação ao próprio corpo clínico o termo “adjacente”, já que o mesmo movimento hegemônico secular também nivela os profissionais de saúde subordinando-os ao poder médico, sobretudo em sua figura masculina.

Assim, as configurações desse sistema médico centrado são fomentadas aos profissionais de saúde desde sua graduação, é perceptível a dominância de discursos com teor colonial no modo em que se propõe o estudo da população. O distanciamento de um exercício crítico reflexivo sobre a sociedade leva ao pensamento do Outro como um território de eterna insuficiência, e no caso da medicina, a alteridade cuja explicação se dispensa, somos todos nós. Legitimam-se ações interventivas na apreensão de um conhecimento acadêmico reconhecido como verídico e em status superior aos demais, assim, o diálogo com os estudos sociais tem baixa importância e o que se provém desses limitados diálogos é uma ideia colonialista de conhecer para dominar.

Sob esse olhar, as dinâmicas socioculturais são lidas como uma espécie de disformidade e imperfeição, que a ciência biomédica, em seu local de

intocável e alheia a qualquer associação social, emerge como capaz de criar intervenções salvadoras dessas pessoas figuradas como desprovidas e necessitadas de saúde (MENÉNDEZ, 2005). A saúde é entendida como uma produção biomédica, e exclusiva desta, justamente pela carência de trocas antropológicas, dada à desvalorização de saberes sociais.

Uma pesquisa realizada por docentes do departamento de saúde coletiva da UNICAMP (2018) observou, nas expectativas de estudantes de medicina sobre a disciplina “saúde e sociedade”, uma ideia sólida da sociedade como um objeto simples e singular de fácil manuseio. Essa supressão de diversidades, sustenta a imagem universalista do conhecimento biomédico que pode, portanto, ser reaplicado igualmente a qualquer contexto, esse fornecimento de soluções “pressupõe a invisibilização ou o descarte, como irrelevantes, dos possíveis saberes, sentidos, desejos, razões e sujeitos (...) extrínsecos à ‘saúde’ definida” (SILVA, et al., 2018, p.48). Desconsiderando o fato de que tais sistemas culturais, além de serem importantes determinantes nos processos de saúde e doença, contribuem para estratégias e potencializam práticas de cuidado em circunstâncias subjetivas de coletivos e indivíduos.

A construção dessa representação de uma saúde laboratorial absoluta é fruto do paradigma biologicista cartesiano, que na busca de um mundo moderno desencantado assegura-se sobre a criação de distintas dicotomias, sendo valorosas para esse modelo médico as cisões entre: razão/emoção; mente/corpo; cultura/natureza (BARROS, 2002). Com base nessas distinções o modelo assistencial volta-se para a enfermidade e não para o enfermo, e dá-se à identidade humana, e suas características particulares, o atributo de indesejável, como um obstáculo que entrava a adesão dos pacientes aos procedimentos soberanos da medicina.

A enfermeira doutora em ciências sociais Sônia Maria Rezende (2005) aponta a similaridade da biomedicina e sua visão importuna sob o social e cultural ao pensamento cristão, uma vez que a diversidade é um desvio às prescrições impostas por estes sistemas, e o extraviado estaria supostamente culpado e condenado ao pecado, ou então a doença. Reprime-se assim, a alteridade praticando a livre coerção do panóptico, o que o filósofo francês Michel Foucault (2014) traz como a idealização de um modelo penitenciário “perfeito”, que desenvolve nos prisioneiros reflexos de auto vigilância e submissão

mediante à manipulação psicológica de estar sob constante observação.

O modelo hospitalocêntrico atua, portanto, como um importante mecanismo do Estado de dominação sob o medo da punição, compondo um regime disciplinar fundamentado em linhas de normatividade padronizadas pelo modelo de atenção biomédico ocidental, que desvaloriza ou até invalida diversas práticas e conhecimentos em saúde em prol de uma homogeneidade social. Estabelece-se a compreensão de um modo unitário de se viver de acordo a um bem-estar curativista.

Mediante a interpretação de Foucault (1980), dialoga-se com a ideia de que essa preconcepção de "saudável" normatiza e destrói a vida afetiva e subjetiva dos sujeitos e seus grupos empobrecendo as pluralidades comportamentais e psíquicas, restringindo o que está fora da norma à patologia. A desconexão com a realidade dos sujeitos e grupos sociais traz como prudência o incentivo de comportamentos supostamente mais saudáveis baseados no que a academia ocidental entende por adoecer, porém, as pessoas não vivenciam as experiências de adoecimento e saúde de maneira equânime.

Quando visualizamos a falta de adesão às propostas terapêuticas, muito do que se pensa é que o indivíduo 'enfermo' não se desempenhou o suficiente para seguir as recomendações médicas, e logo culpabiliza-se o sujeito por um processo ao qual ele não teve sequer direito de voz sobre as escolhas a serem tomadas referente a sua própria vida. Esses diagnósticos e protocolos⁴ estão esvaziados de interesse pelo Outro, perdendo a dimensão singular e complexa que está para muito além da compreensão de um corpo biológico genérico. Pensar que essa imposição biomédica comprime as pluralidades à um pensamento unitário, conduz à ideia de que os outros modos de vida são patológicos, gerando essa sensação de heresia social ao não se adequar às leis científicas sobre o que é de fato saúde.

Procurando ressaltar uma perspectiva antropológica, trago para diálogo a antropóloga em saúde Esther Langdon (2014), que escreve sobre as interações interpessoais existentes entre as esferas da saúde e cuidado. Em seu

⁴ A noção de protocolos apresentada é condizente com a mesma trabalhada por Emerson Merhy e Laura Feuerwerker, como um documento de diretriz médica que para além de objeto material atinge atua como simbólico, orientando e delimitando ações à prescrições unitárias de um bem-estar.

entendimento, as particularidades dos sujeitos e grupos sociais atravessam as patologias e as transformam em experiências singulares, assim como os comportamentos socioantropológicos são responsáveis por constituírem noções subjetivas sobre a saúde. As dinâmicas de saúde e doença estão sempre pautadas numa relação social ativa e fluída, e a existência das diferentes formas de viver uma mesma realidade fundamentam a necessidade da articulação da teoria e prática com os fluxos de existência para que os sujeitos não se tornem submissos do desejo do outro, sendo capazes de exercer sua autonomia numa articulação conjunta de possibilidades e estratégias em suas circunstâncias particulares.

O problema na representação biomédica cartesiana é então da sua tentativa de assimilar todos a uma única forma de vida, da produção de um pseudopadrão categorizado numa forma de cuidado hegemônica que tem significado para certos grupos sociais e que para outros opera enquanto uma ação repressiva e disciplinadora:

Em uma sociedade complexa, como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui. Aqui, embora sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos (LANGDON, 2010, p.178)

A capacidade de compreender o modelo biomédico como um sistema cultural da vazão para o entendimento dos saberes terapêuticos como construtos relacionais e sociais, transmutando o olhar fixo segmentado para um múltiplo conjuntural. Todavia, tal exercício epistemológico não pode ser feito sem considerar o caráter histórico supremacista do modelo médico ocidental, fazendo com que essa relação nunca seja sincrética, mas híbrida e hierárquica. Assim, qualquer outra prática não-biomédica vai estar circunscrita ao campo interpretativo/cultural, enquanto a medicina se produz acima desse campo, como isenta e absoluta.

Dessa forma, a determinação de uma saúde universal numa realidade pluricultural designa todos os processos não-biologistas de produção de vida

como patológicos, lidos não apenas como ilegítimos, mas muitas vezes como responsáveis pelo fazer adoecer. As políticas públicas são um campo interessante de observação da relação entre o que é visto como produtor de vida e como produtor de morte, já que se permite uma posição privilegiada de alguns grupos, à medida que para outros atua-se na urgência de repressão sob um discurso de tutela e benevolência.

É notável o exercício da biopolítica (FOUCAULT, 2017) em modelos de atenção indígenas por exemplo, ao passo que historicamente sob lei, esses grupos foram nomeados como “tutelados”, e em sua maioria tiveram seus costumes associados à sujeira, pobreza e falta de conhecimento. Atualmente tem-se o reconhecimento de sua cidadania e etnia sustentado sobre políticas públicas específicas perante sua ‘diferença cultural’.

No texto “A Terra é Suja”, os antropólogos Bruno Huyer e Rita Lewkowicz (2020), expressam no relato etnográfico junto à aldeia Mbyá-Guarani, Tekoa Koenju, o desafio intercultural da coexistência do sistema de atenção Mbyá-Guarani sobre a presença de um posto de saúde no interior da aldeia. Todavia, o desafio da interculturalidade fica todo para os indígenas, afinal são eles que pertencem a um sistema cultural, e o sistema público de saúde, por sua vez neutro, tem somente a necessidade de decodificar tais valores culturais de modo a conseguir submetê-los em suas práticas.

Do portão da cerca até o posto, há um pequeno caminho cimentado que leva até um pano de chão, onde fica implícita a necessidade de limpar os pés antes de pisar o azulejo branco do piso frio. A terra vermelha resiste e vai deixando suas marcas dentro do posto, pegadas que – assim que percebidas – são imediatamente apagadas, restabelecendo o ambiente asséptico e higiênico que caracteriza o local. O branco é a cor que predomina (HUYER, LEWKOWICZ, 2020, p.175)

A simbologia que o apagamento das marcas de terra dentro do posto traz é condizente com o apagamento das práticas indígenas no âmbito da saúde, pois na oferta de serviços biomédicos se configura uma série de dispositivos biopolíticos e necropolíticos que colaboram para a construção de condutas normativas sobre os indivíduos, reiterando a percepção dicotômica dos sujeitos passionais/selvagens que precisam ser educados pelo ‘homem’ racional/moderno.

A ciência ocidental, em seu exercício de neutralidade, acaba por executar um movimento totalmente oposto, contaminando distintos espaços de acordo com o estado moderno de bem-estar. Dessa maneira, mantém-se o modelo médico como parâmetro mesmo no contexto do 'alterno', e a pressuposição da interculturalidade cabe apenas aos povos indígenas que têm de sustentar a interpretação do ocidente embranquecido sobre sua realidade, sob a imposição de padrões de higiene, alimentação, hábitos e até a forma de convívio com o seu próprio território.

Em contrapartida, há uma ambivalência em tal conduta médica já que na mesma medida em que se posicionam os indivíduos como passivos e incapazes de autogerir escolhas sobre a própria vida, também os responsabilizam pela condução do seu modo de vida. Nessa contradição, a culpabilização do adoecimento cai toda sobre o Outro, mesmo que esse não tenha tido a possibilidade de atuar sobre a própria produção de cuidado a partir de seus sentidos. A sentença que permanece é de que a singularidade do Outro é uma ameaça, não somente à biomedicina, mas a ele próprio.

Sendo assim, o estado se fortalece como uma unidade homogênea (LATOURET, 1994), disputando a autoridade do cuidado na produção de um viver próprio e genérico. Salientam-se relações de moralidade por meio de marcações 'exóticas' e 'primitivas', construindo uma narrativa evolutiva hierárquica capaz de estabelecer graus de subordinação que assegurem a hegemonia do saber.

No projeto de modernidade essas marcações já se disseminam não apenas pelo controle direto do Estado, mas pela própria população que indiretamente reproduz as normas categóricas por meio da vigilância panóptica (FOUCAULT, 2014). A uniformização das mentes faz com que o poder do Estado não se limite só a punições materiais corpóreas, mas que alcance também, através das instituições disciplinares, o controle da forma em que se vive (HUYER, LEWKOWICZ, 2020). A medicina como uma importante constituinte desse regime regula, sobre a proposta de um bem-estar homogêneo nacional, o controle da vida. Oferta-se a vida, mas sobre a sentença de morte de muitas Outras.

Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos

do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida (MERHY, FEUERWERKER, 2010, p.65)

Nesse sentido, produz-se a morte do Outro como um sujeito singular (MERHY, FEUERWERKER, 2010) que em seus modos de ser, consiga cocriar possibilidades, lógicas e significados para manejo de sua saúde. A censura de tais particularidades é a condenação a um regime disciplinar também subjetivo (MALUF, 2010), que paradoxalmente extermina o Outro sobre a promessa de curá-lo, à medida que seguem o imperativo da normalidade e o afastam de seu próprio contexto, construindo um ser submisso e diagnóstico-dependente.

A negligência das experiências dos sujeitos e seus saberes faz da saúde um território de cuidado insuficiente, pois na imersão de ângulos históricos, culturais e sociais há coisas fora do padrão biologista, tal como a terra 'suja' (HUYER, LEWKOWICZ, 2020), que se tornam parte do processo de viver e não de adoecer. A polaridade entre certo e errado, ignora a complexidade de entrecruzamentos que permeiam a vida humana e a rege a um espaço totalitário intolerante, que não é capaz de reconhecer outros sentidos de vida que não sejam o hegemônico biomédico.

A consequência desse pensamento estritamente binário é o deslocamento da subjetividade humana nas práticas de saúde e doença, que passam a ser vividas de maneira reducionista e divisível pelo tratamento de determinados sinais corpóreos. Desvia-se do entendimento de saúde enquanto uma experiência também psicossocial, subjugando toda relação de saúde a uma prática objetiva: a da cura. Deixando de perceber que essa desenvoltura linear curativista dissocia-se com a experiência complexa que o sujeito, enquanto vínculo de mente e corpo produz.

A adesão massiva da percepção curativista, traz como solução a todo e qualquer processo humano à medicalização da vida, que pode ser compreendida mediante ao autor Barros (2002), como uma dependência dos indivíduos a serviços de ordem médico-assistencial para quaisquer demandas, não apenas de origem fisiológicas. Essa forma de tratamento interventiva atua mais como uma forma de controle social do que efetivamente de cura, pois a manutenção

da vida exige uma prática de cuidado desenvolva, que não pode simplesmente ser reduzida à doença.

A antropóloga social Sônia Maluf (2010), expõe como a medicamentação da subjetividade desloca experiências para o campo da patologização, expressando-se em questões biológicas particulares, como por exemplo, as experiências de sofrimento e violência. Tal processo expande-se e desumaniza o próprio trabalho em saúde, que acaba por perder a lógica social do que se faz, levando a ação do profissional a limitar-se à superfície das demandas. O foco biológico dos problemas assegura a produtividade do trabalho na medida em que se simplificam os fluxos de existência das pessoas a um resultado particular de cura ou doença.

Os papéis sociais de gênero também aparecem de forma marcante no processo de esvaziamento das experiências, principalmente das mencionadas vivências de sofrimento e violência, já que se predomina o oferecimento de um cuidado medicamentoso para tais aflições que não se reduzem ao corpo ou ciclo biológico das mulheres (MALUF, 2010). A protocolização de itinerários e narrativas socioculturais contribuem para a dominação de gênero, que como a filósofa Judith Butler (2019) profere, emergem desde a determinação de práticas sociais ao aparato sexual/biológico, para que se exerça um controle sobre a divisão sexual do trabalho.

Esta relação inseparável entre gênero e poder é alimentada pelas dicotomias, que a ciência em seu processo de secularização e modernização social implementa, a desqualificação do gênero feminino vem, portanto, da inferiorização das características sociais que foram atribuídas às mulheres historicamente, como a sensibilidade, o afeto, e o próprio cuidado. A dinâmica da ciência se organiza então numa perspectiva masculinista, racista, especificista e elitista que define o saber como patrimônio médico, e desconsidera ou secundariza ações não mecânicas produtivistas como o cuidado e a proteção social, que estão atreladas à perspectiva e prática feminina.

O conjunto dessas e outras características compõe, portanto, o que o antropólogo em saúde Eduardo Menéndez (2005), nomeia como Modelo Médico Hegemônico, que tem por caracterização o biologismo, o individualismo, a a-historicidade, o pragmatismo, o mercantilismo, a unidirecionalidade assimétrica e o racionalismo científico formalizado. Estas propriedades tendem, portanto, a

estabelecer uma relação de hegemonia e subalternidade das outras formas de atenção que não sejam a biomédica (MENENDEZ, 2005), que implicam na exclusão das narrativas socioculturais e na criminalização e estigmatização de práticas alternativas em saúde.

Todavia, o autor também evidencia que mesmo perante esse processo de subalternização, essas práticas informais não deixam de coexistir na sociedade moderna, e continuam a operar de maneira simultânea e paralela suas formas de cuidado. Quando falamos de redes de autoatenção, é intrínseco tal contestação de que a hegemonia médica tenta constantemente apagar ou pelo menos inferiorizar os papéis dos sujeitos e suas condições sociais nos processos de saúde e doença (MENENDEZ, 2003), afinal estas operam como uma ameaça à tentativa de sucumbir com suas relações sociais e impor a suficiência técnico-científica.

É claro que, eventualmente importantes transformações ocorreram no âmbito da saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, considerada um marco pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e presidida pelo médico sanitário Sérgio Arouca, que reivindicava a proposta da reforma sanitária correspondente ao avanço da biomedicina para conceito ampliado de saúde, tanto quanto a inclusão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) ao SUS em 2006, que tem como seus principais objetivos a integração e ampliação da resolutividade dos serviços de saúde.

Todavia, estes movimentos partem de momentos históricos específicos, onde a biomedicina demonstra suas vulnerabilidades e ineficácia frente a problemas de ordem social e cultural. A pandemia do novo coronavírus que se iniciou em 2020, pode ser vista como um exemplo importante de deslocamento epistemológico, visto que no decorrer da disseminação, a epidemiologia reconhece não apenas a existência desses fatores, mas também apresenta a necessidade de incorporá-los como potências em suas ações de saúde e doença. Agregando forças para refrear o contágio do vírus, como também para alcançar redes assistenciais de proteção.

As interdimensionalidades do cuidado transbordam o curar clínico e afloram a necessidade da atenção para além de um momento, como uma atitude contínua e afetiva com o Outro, que possa enunciar sua história e criar espaços

acolhedores para experiências plurais de vida, permitindo-se na saúde experienciar os itinerários de adoecimento e cura de maneira singular, que só podem ser apreendidos alheios aos signos normativos dos protocolos e diagnósticos, vivendo o encontro particular e não genérico que o ato de cuidar exige.

4 CAPÍTULO II – SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA PSICOSSOCIAL DE AFETOS DINÂMICOS

Mas, como produzir um cuidado contra hegemônico, uma vez imersos sob essa lógica violenta, positivista e mercantilista, que como visto, também sobrecarrega os profissionais de saúde, e conjuntamente desumaniza o trabalho destes? Se estabelece na saúde uma prática voltada somente ao aperfeiçoamento da técnica, o que os autores Emerson Merhy e Túlio Franco vão nomear como ‘trabalho morto’ (2012), esse regime de tecnologias duras, censura as afecções das relações sociais e impossibilita uma prática de cuidado integrativa, uma vez que se necessita também do trabalho vivo, atravessado pelas condições subjetivas dos encontros, para desempenho de tal prática integrativa.

Ainda que a integralidade da atenção à saúde se apresente como um dos três princípios constitucionais do SUS⁵, e pressuponha a articulação de atores intersetoriais de múltiplos âmbitos, não somente da saúde, mas de toda e qualquer área que implique na satisfação das necessidades e demandas dos indivíduos e coletivos sem relações de poder. O próprio modelo médico expressa padrões de práticas e interesses que competem contra tal proposta, à medida que sua conduta procedimento-centrada fragmenta a atenção à população numa perspectiva assistencialista (CECIM, FEUERWERKER, 2004). Destaca-se assim, que sobre uma intenção integrativa necessita-se romper com essa epistemologia segmentada e focalizada na doença, redirecionando o enfoque aos protagonistas das experiências, para produzir saúde mediante à afecção dos fluxos de existência⁶.

A formação de um modelo de cuidado integrativo, na perspectiva dos profissionais de saúde, inicia-se, portanto, na compreensão do trabalho em saúde como um trabalho diretamente relacional (FRANCO, MERHY, 2017), isto é, dependente da ocorrência do encontro. Que por sua vez, é permeado pela vivacidade de dimensões imateriais que suscitam que a produção do cuidado

⁵ Sendo os outros dois princípios: Universalização, assegurando a todas as pessoas acesso ao serviço público de saúde, e Equidade possibilitando um acesso equânime à saúde sob a consideração de quaisquer desigualdades existentes. (BRASIL, 2023)

⁶ Uso deste conceito para me referir aos modos de existência humano serem produzidos de uma maneira irregular. No exercício de não se fechar o sentido de existência, pelo contrário, abri-la para uma compreensão contínua e múltipla.

seja composta em ato, capaz de associar preconceções e tecnologias duras, leve-duras com o presente subjetivo das pessoas. A composição do cuidado, no momento do encontro, exige sensibilidade para poder perceber como o Outro opera sua realidade, e articula elementos psicossociais, culturais e materiais para construir seu saber em saúde.

Dessa maneira, a diretriz da prática passa a ser o próprio trabalho, mas neste caso vivo, se apropriando e se autorregulando mediante sua atividade diária, à medida que os processos de subjetivação ditam a realidade e o agir em saúde (FRANCO, MERHY, 2017). O trabalho vivo dá, portanto, a oportunidade de romper com o pressuposto de passividade do Outro, concedendo não apenas a esses, mas, aos próprios profissionais, condições de autonomia e criatividade que facilitem o acesso às necessidades concretas dos sujeitos e produzam, por meio deste encontro, um projeto de cuidado único condizente com os reais fluxos de vida dos sujeitos.

Considerar as dimensões psicossociais, permite ao profissional que este vincule-se ao Outro e encontre, para além do seu conhecimento técnico-científico, novas maneiras de cuidar. A criação de vínculo desperta o acolhimento como outra forma de lidar com o singular (TEIXEIRA, PAIVA, 2021), através da incorporação de múltiplas dimensões relacionais e históricas que integram o sujeito, sobre o compromisso de melhorar a forma de cuidado e fomentar autonomia no seu modo de viver.

A integralidade da atenção supõe, entre outros a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.1407)

Esse olhar integral complexo demanda o rompimento com a herança colonial de desumanização advinda do pensamento dicotômico hierárquico (LUGONES, 2010), requisitando propostas intersubjetivas para construção de novos enfoques epistemológicos que deem espaço a outros modos de operar, numa relação entre sujeito-sujeito, que se contrapõe às fronteiras impostas pela lógica autoridade/passividade. Postas em campo, as subjetividades guiam as interações e criam, sem pretensão de neutralidade, encontros afetivos em prol

de um cuidado mais integrativo.

Penso que a influência do afeto é inevitável, no entanto, se ignorado e inexplorado pode também reverberar experiências inadequadas e produzir afetos passivos que nos levam a ciclos de padecimento (ESPINOSA, 2009). A proposta de assumir o afeto dentro da compreensão de saúde e doença é de não rechaçar a existência das interferências (afeções) presentes nos encontros, aceitando a ocorrência e os convites de desterritorialização de condições que extrapolam os limites lógicos do cientificismo, como uma ponte para nos aproximar de uma saúde integrada aos fluxos da vida.

Uma vez acolhido dentro das bases formativas de conhecimento, o afeto poderia nos dar a chance de construir epistemologias em cima desta “nova” perspectiva afetuosa científica e, conseqüentemente, desenvolver outras formas de operação sobre o mundo da saúde. A dimensão viva do trabalho em saúde está apoiada no princípio da dependência relacional, o que significa que este esteja constantemente sendo crivado por afetos que podem potencializar ou prejudicar os projetos terapêuticos (FRANCO, MEHRY, 2017). Suely Rolnik (2006) disserta sobre a primordialidade de se desterritorializar o cuidado à medida em que se reconhece o atravessamento de tais afeções, ressignificando práticas e saberes sobre saúde com base nos territórios existenciais dos sujeitos.

A filósofa e psicanalista desenha as subjetividades como territórios existenciais que têm por principais características a transmutação contínua e o aspecto imanente imaterial. Sendo o trabalho de saúde um trabalho pautado no campo relacional que está completamente permeado por subjetividades, os processos de desterritorialização e territorialização apresentam-se como uma forma de acompanhar e conectar-se com essa interação dinâmica dos fluxos de vida inconstantes. Assim, o afeto pode vir a ser uma força micropolítica capaz de sensibilizar os sujeitos a perceberem os fenômenos singulares que atuam na construção das realidades sociais, ao depender do modo de produção do cuidado.

Agenciar os afetos na saúde proporciona o deslocamento epistêmico da norma de tratamento, e conecta-se com um cuidado sensível que extrapola os padrões protocolares, sendo capaz de produzir e resgatar autonomia aos saberes tradicionais e populares, numa proposta versátil para que as trocas interculturais sejam heterogêneas e não hegemônicas, permitindo-se aventurar

em caminhos de conhecimento que partem da potencialização dos corpos, traçando novas relações de aprendizagem para além do racionalismo científico.

A partir dessa interpretação que Deleuze faz de Spinoza, podemos conceber um processo de aprendizagem que não está mais centrado na racionalidade de um sujeito, mas, se basearia na construção lenta e experimental de uma sensibilidade afeita à diferença e à multiplicidade. (YONEZAWA, 2015, p.197)

Deixando ruir a hierarquia entre razão/emoção, o corpo agora se apresenta como uma potência ativa pelo seu agir fundamentado em suas marcas, e quanto mais afeições compuserem esse corpo mais aptidão ele terá para se mover. Na perspectiva de Espinosa (2009), os afetos estão compreendidos como sentimentos que diminuem ou aumentam a força de existir pelas afeições que transpassam o corpo, uma vez conscientes dos afetos como pertencentes à natureza humana e não como falhas a serem corrigidas, estes se expressam como potências que ampliam a liberdade do pensar e existir.

Procurei escrupulosamente não rir, não chorar, nem detestar as ações humanas, mas entendê-las. Assim, não encarei os afetos humanos, como são o amor, o ódio, a ira, a inveja, a glória, a misericórdia e as restantes comoções do ânimo, como vícios da natureza humana, mas como propriedades que lhe pertencem [...] embora sejam incômodos, são contudo necessários e têm causas certas mediante as quais tentamos entender sua natureza. (ESPINOSA, 2009, p.275)

Diferentemente da perspectiva mecânica de Newton e fragmentada de Descartes, a filosofia de Espinosa relaciona-se diretamente a um modelo de atenção integrativo, uma vez que a mente já não está mais expressa num cargo de superioridade, mas sim como uma ideia do próprio corpo. Tem-se assim uma atenção voltada para a interação harmônica das partes, no pressuposto de que quanto mais o corpo age, sente e se afeta, mais a mente fortalece sua capacidade de compreensão, unindo as potências da mente e o corpo como pertencentes a uma mesma matéria de forma não hierárquica para encontrar brechas e compor bons encontros, rompendo com ciclos de servidão.

Quando a mente, fortalecida pelas afetações do corpo, expande seu raciocínio, ela torna-se capaz de discernir as conexões que estabelece com o mundo, procurando fortalecer afetos alegres e ideias adequadas, e enfraquecer os afetos tristes, evitando ser dominada por paixões que acarretem ciclos de

submissão, percebendo qual desejo liberta e qual desejo aprisiona. Sobre essa ética afetuosa abre-se a possibilidade, em seu aspecto relacional, de criar novas organizações de vida e de cuidado que valorizem o corpo e mente como igualmente responsáveis pela produção de saúde.

Temos as práticas de autoatenção como um exemplo de tais organizações afetuosas e holísticas⁷, como mencionado anteriormente, os praticantes da autoatenção, na definição de Menéndez (2003), são pessoas e grupos sociais que buscam numa relação de autonomia social articular diferentes saberes e práticas, contraditórios ou não, para a construção de um cuidado mais integrativo que faça sentido aos fluxos de existência.

Os métodos de cura da autoatenção são extraídos da realidade social dessa população, mediante aos atravessamentos afetuosos e às reações compreensivas sobre esses, que vão buscar o comum entre os diferentes, na intenção de autogerir suas vidas numa contraposição hegemônica que muitas vezes indefere às suas subjetividades.

Essa produção de cuidado afetivo no cotidiano de práticas de autoatenção transborda a sujeitificação e implica nos processos de subjetivação, constituindo campos de força micropolítica que revelam o âmbito pessoal também como um âmbito político em potencial de enfrentar as violências postas pela cultura majoritária. Predomina nesses coletivos o questionamento de ordens e hierarquias historicamente impostas e a criação de ações em prol da sobrevivência (GOBBI, 2022), no levantar de vozes contra o domínio de uma identidade globalizada e pela produção de vida.

Este processo de sensibilização revela a força do cuidado em saúde no âmbito micropolítico, que ultrapassa a rigidez estrutural e exerce, em seu potencial criativo, conexões com os múltiplos campos existenciais dos usuários. É considerável aqui refletir que os espaços micropolíticos não são dependentes de serem traçados por elos entre trabalhadores-usuários, os próprios sujeitos podem estabelecer amplas redes de micropolítica na produção de autoatenção.

As práticas de autoatenção levam-nos a perceber que na relação de

⁷ Holístico na proposta de uma visão unificada, onde o enfoque está na totalidade e no alinhamento dessa integração multidimensional. Uma interpretação de saúde concentrada na integralidade do sujeito e não apenas na patologia.

curador-usuário, este último não é um ser passivo, pelo contrário, está interessado em decodificar as narrativas que lhe são apresentadas sobre os processos de saúde-doença. Por isso, os curadores devem ter consciência do tipo de relação e hierarquia que são traçadas nessas interações, atendendo-se ainda a conjuntura hegemônica que é concebida pelo modelo hospitalocêntrico de que as demandas de saúde se restringem ao conhecimento do saber médico profissionalizado (MENÉNDEZ, 2005). Por isso, não apenas economicamente, onde a corporação médica faz parte da classe dominante, mas também epistemologicamente, o curador se apresenta socioculturalmente como detentor de poder.

Por meio da percepção de Martin Heidegger sobre a expressão do cuidado, os autores e autoras Durán, Garanhani, Bortoletto, Almeida, Melchior e Nunes (2012), apontam que o profissional da saúde tem duas possibilidades frente a sua condição de curador, de assumir uma postura limitante onde o Outro permanece alienado e subordinado a esta relação de poder e tem seu potencial de atenção inferiorizado e substituído pelo conhecimento médico profissionalizado, ou então de aderir à expressão do cuidado que reconhece e favorece essa potencialidade do Outro em cuidar de si próprio. Quando se admite e se explora o saber do Outro na sua própria identidade, abre-se para a possibilidade de que esses sujeitos e grupos sociais resgatem ou reforcem o seu espaço de responsabilidade nos sistemas de saúde, e assim, o comprometimento de transpor suas multiplicidades de experiências vividas que influenciam diretamente na integralização da saúde.

As práticas de autoatenção são justamente a forma que sujeitos e seus grupos demonstram suas capacidades de ação, de criar e encontrar soluções e, por consequência, um meio de consolidar certos micropoderes (MENÉNDEZ, 2003). Reconhecer as redes de autoatenção podem auxiliar os curadores, não só a transbordarem protocolos, como principalmente possibilitar a soma de conexões de cuidado, para que sejam mais integrativos com a realidade cotidiana. Tratando-se de um modelo de saúde pautado no protagonismo dos indivíduos e coletivos, a autoatenção alinha-se com os desejos na busca de encontros que aumentem a força de existir (DELEUZE, GUATTARI, 1995). Noção essa que condiz muito com o conceito de José Ayres (2005), de projetos de felicidade, que faz referência a valores antropológicos e psicossociais,

tratando de uma proposta política aos processos de atenção à saúde em uma luta por autonomia.

Os projetos de felicidade de Ayres estão relacionados justamente à compreensão de que uma saúde integralizada estaria diretamente conectada com o modo de se buscá-la, ou seja, o modo de se viver. Ter compreensão disso faz com que percamos a noção de início e fim e desapeguemos das predefinições de cura, pois diferentemente das redes formais que são guiadas por uma autoridade central, seja epistemológica ou profissional, e têm um objetivo previsível definido, as redes informais em saúde baseiam-se nos fluxos de existências para traçar conexões de cuidado e assim revelam-se, ao depender dos encontros, suas articulações e estratégias de sobrevivência.

Tais redes informais podem ser melhor interpretadas mediante ao que os autores Deleuze e Guattari (1995) escrevem sobre a figura de uma Rizoma, assimiladas como raízes que contém diversas entradas e crescem de maneira dinâmica, não-linear e heterogênea, sendo altamente permeável por afetações que alterem sua direção constantemente. Sem uma matriz guia, a percepção rizomática nos leva a visualizar produção de vida em formações relacionais não convencionais ou biomédicas.

Trabalhar saúde sobre a singularidade das conexões é desafiar a ordem hegemônica do bem-estar e reconhecer experiências de cura e adoecimento em associações simbólicas subjetivas (SILVA, PEREIRA, 2023), sendo assim, capaz de se abrir para esses novos territórios de significações (FRANCO, 2006) e enxergar distintos sentidos humanos para a produção de cuidado.

Cê quer saber? Então, vou te falar
Por que as pessoas sadias adoecem?
Bem alimentadas, ou não
Por que perecem?
Tudo está guardado na mente
O que você quer nem sempre condiz com o que outro sente
Eu tô falando é de atenção que dá colo ao coração
E faz marmanjo chorar
Se faltar um simples sorriso, às vezes, um olhar.
(CRIOLO, 2006)

Tal reflexão, de que o bem-estar normativo determinado pelo sistema de saúde biomédico é mais um modo de se produzir saúde dentre tantas outras tecnologias capazes de melhorar e dar sentido ao modo de existência de cada sujeito e coletivo, se faz importante à vista de que mesmo quando não há falta

de atendimento de serviços de saúde profissionalizado (do uso de tecnologias⁸ duras, leves-duras) ainda pode haver a ausência da sensação e sentido de cura, como também menciona o rapper Criolo (2011) em sua outra canção “Sucrilhos” que talvez o recém formado não entenda, mas toda essa qualificação têm o mesmo valor que a benzedeira do bairro.

Observar como os afetos atravessam o âmbito da saúde e interferem subjetivamente nas compreensões do que é ser saudável ou ser doente, levamos a perspectiva de que apenas cuidados aos aspectos fisiológicos não serão capazes de dar “colo ao coração”, e a “atenção” que então supriria demais necessidades apresenta-se como uma tecnologia leve de vínculo, diretamente relacionada com a dimensão imaterial que compõe o cuidado vivo.

Busca-se romper com a ideia de governar o Outro e de tentar enquadrar sua alteridade como uma desigualdade cheia de problemas, e começar a compreender os planos subjetivos como territórios existenciais cheios de possibilidades e linhas de cuidado a serem tricotadas, observar a autoatenção como potência rizomática, que no fluxo cotidiano é hábil a despertar redes micropolíticas sobre a autonomia da produção de si.

Inspirado na percepção de rizoma trazida por Deleuze e Guattari (1995), a interpretação da autoatenção como uma potência rizomática se dá na medida em que esta estrutura formas de cuidado próprias em percursos de fortes conexões, como uma raiz que em seu crescimento de movimentos dinâmicos e heterógenos, encontra sentidos que permitem seu crescimento.

A antropóloga Gayatri Spivak (2010), enfatiza que o intelectual também tem uma importante atribuição no controle e fortalecimento do “Outro” enquanto sombra do “Eu”, visto que essa condição de subalternidade é construída historicamente como processo de violência epistêmica. Portanto, a tentativa de reprodução da voz do Outro por meio de uma pesquisa pode vir a operar como uma manutenção dos consensos hegemônicos.

Diante disso, a atual proposta do projeto desenha-se na

⁸ A noção de tecnologia trazida é referida de Emerson Merhy (1997), como ferramentas que podem estar para além de um objeto tecnológico de fato, e também serem um “saber” e um “fazer”. O conceito do autor se divide em tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo respectivamente: representadas por ferramentas de uso material, como máquinas; representadas como um conhecimento normativo ou estruturado, “racional-instrumental”; representadas por ações relacionais, como vínculo, acolhimento, gestão.

transdisciplinaridade entre áreas de humanidades e saúde para que possamos fazer um exercício colaborativo (CECCIM, 2005), buscando descentralizar o conhecimento e fazer prevalecer o contato com as linhas de fuga, e nesta percepção sensível ser capaz apenas não de enxergar, mas se expor a alteridade, incitando o protagonismo do Outro sem receio de parcialidades, tendo por compromisso a dedicação de buscar reconhecer produção de vida em quaisquer subjetividades.

5 METODOLOGIA E OBJETIVO

Foi utilizada como proposta metodológica qualitativa a etnografia em diálogo com a cartografia para acompanhar e discutir as práticas de autoatenção. A escolha pela etnografia surge enquanto metodologia que conduz à imersão na alteridade, que deseja compreender os distintos universos culturais para construção de dinâmicas contra hegemônicas (FONSECA, 1999 apud BATTISTELLI; CRUZ, 2017). A junção com a perspectiva cartográfica emana do interesse de acompanhar os fluxos de vida que transbordam a norma e produzem micropoderes:

Se a etnografia permite uma maior aproximação do grupo estudado e uma melhor compreensão de suas práticas, a cartografia ajuda o pesquisador a acompanhar os movimentos do desejo, a apontar as linhas de força, as intensidades e os afetos que compõem as distintas formações subjetivas (BITTENCOURT, 2016, p.2)

Buscou-se recorrer a encontros participativos para compreender com os praticantes de autoatenção, quais aspectos compõem os múltiplos universos de cuidado e, por meio da sensibilidade da metodologia cartográfica, observar como estes são articulados pelo afeto. O desejo de encontro com o Outro(a) e a plena imersão da pesquisadora em campo foram características primordiais compartilhadas por ambas metodologias como prioridade.

Reitero que dentre as modalidades etnográficas existentes, o fazer etnográfico aqui representa um modo de auto-reflexividade social (ROCHA, 2006), este que ultrapassa o seu sentido clássico de um estudo cultural exótico, e alcança um campo simbólico de conhecimento denso. De modo diferente da concepção “extraordinária” de uma etnografia que se encarregava de criar uma catalogação de costumes de um povo “nativo”, a proposta etnográfica presente representa uma reflexão epistemológica *in loco*.

O entendimento da etnografia como uma categoria de pensamento não exclui sua dimensão performativa o que, em termos geertzianos, designa o “fazer” do antropólogo. Por este prisma, pensamento e ação, razão e afetividade não estão separados na experiência etnográfica. Portanto, é como categoria de pensamento e ação performativa que a etnográfica adquire relevância sociológica e epistemológica na compreensão do ofício do antropólogo e na construção do “campo” da antropologia. (ROCHA, 2006, p.100)

Assim, a identidade etnográfica assumida é de um processo epistemológico que vai do campo ao texto (ROCHA, 2006), buscando revelar e interpretar em expressões artesanais e detalhistas a visão de mundo de quem se estuda, como também da própria imagem do antropólogo.

Desafiando o paradigma da autoridade etnográfica, emerge a decisão de pôr sobre união as metodologias: cartografia e etnografia, para que se provoquem noções qualitativas enunciadas ou diagramadas pelos próprios sujeitos. Nessa abordagem, tanto o conceito de saúde quanto o de enfermidade são lidos como experiências psicossociais que partem de processos fisiológicos materiais em conjunto do simbólico-afetivo. Privilegia-se assim, as narrativas do Outro, procurando exercer uma leitura complexa etnocartográfica das redes de autoatenção e das configurações de significados do cotidiano.

Considerando que se trata de uma pesquisa de propriedade qualitativa, o interesse pela população de estudo não adveio de uma quantidade numérica, no respeito à característica orgânica e fluída do espaço (onde diariamente oscilava-se os(as) participantes, ainda que exista um público fixo rotineiro), apresenta-se no decorrer dos capítulos a interação com diferentes pessoas ao depender do dia e da atividade. Ainda sim, para nós é significativo pontuar aspectos comuns relevantes dos(as) participantes e que em diálogo com o contexto literário abordem o fenômeno da autoatenção afetiva, como contribuição singular desta pesquisa.

A observação participante e o diário de campo foram os instrumentos metodológicos escolhidos para guiar a coleta de materiais e noções concebidas durante as vivências. Também se fez uso da criação de mapas afetivos com o propósito de identificar e desenhar as distintas formas de atenção articuladas pelos(as) interlocutores(as) em prol de seus desejos, almejando traçar e dar visibilidade às redes de micropoderes dessas ações.

O mapa afetivo tem como objetivo a investigação dos sentimentos em relação ao ambiente, identificando as vulnerabilidades e potenciais da comunidade (AUGUSTO, FEITOSA, BOMFIM, 2016), ilustrar as emoções e linhas de poder que se formam sobre as redes informais da autoatenção, além de expressarem sua potência micropolítica, trazem aos interlocutores(as) da pesquisa um respaldo mais concreto de cooperação da pesquisa acadêmica.

Coloco essas ferramentas como capacitadas para demonstrar as distintas interpretações que compõem os processos de saúde. Tratando-se da análise e compreensão de processos afetivos em saúde, minha escolha de aliar o desenho à escrita qualitativa está no potencial destas em captarem experiências vívidas que estão em constante fluidez e dinâmica.

Como objetivo principal tem-se a intenção de compreender e demonstrar como a autoatenção articula afetivamente distintas formas de cuidado para formação de uma saúde mais integrativa, tendo como local empírico de estudo a associação comunitária Ciranda da Cultura em Londrina, Paraná.

Na intenção de reconhecer modos alternativos de produzir saúde em circunstâncias afetivas e subjetivas, busco compreender a forma como essa população, praticante de autoatenção, atende às suas demandas e necessidades por meio do convívio semanal em um centro comunitário de Londrina, norte do Paraná, com o propósito de interpretar as narrativas e práticas cotidianas que dão sentido a perspectiva de saúde e doenças, considerando se as articulações afetivas de distintas maneiras de se construir atenção facilitam ou dificultam os caminhos de cuidado.

A unidade empírica da pesquisa situa-se, portanto, no coletivo periférico popular Associação Ciranda da Cultura de Londrina, um centro comunitário autogerido por mulheres e adolescentes que buscam desde 1999, por meio do trabalho em rede, desenvolver de baixo para cima produção de vida por meio de práticas populares. Pautado em um cotidiano fomentador de atividades cooperativas gratuitas, vinculam-se formas de cuidado informais na produção de Cirandas da Autoatenção⁹, conceituação que emprego à pesquisa para definir a prática íntima e ao mesmo tempo coletiva que o Ciranda da Cultura institui.

Evidencio já a necessidade pela qual escolho escrever o próximo capítulo sobre o marcador de gênero, uma vez que estarei sobretudo falando de um território predominantemente ocupado por mulheres, seja em seu sentido geográfico de quem habita, como também em seu sentido simbólico, de quem cuida. A partir de agora, debruçamos sobre a vivência do campo, perpassando

⁹ O conceito “Cirandas da Autoatenção” surge como uma tentativa de escapar da reprodução de uma compreensão genérica do que são formas não convencionais de produzir saúde, e de portanto, singularizar essa rede de autoatenção em suas práticas subjetivas e comunitárias em saúde.

por alguns episódios marcantes trazidos em relatos, falas e fotografias, discorridos com notas de reflexões.

Utilizo também de nomes fictícios para me referir às minhas interlocutoras, de acordo com a norma do comitê de ética de segurança de anonimato. No entanto, tratando-se de uma pesquisa qualitativa que tem por compromisso evidenciar a Outra, usufruo de codinomes que busquem por não as apagar, entoando se possível um reconhecimento simbólico da figura destas, seguindo o compromisso de preservar a identidade de cada participante em qualquer relato, foto e menção.

Diria que minha experiência no campo se iniciou desde o momento em que apresentei a proposta do meu projeto de pesquisa nos seminários da turma de mestrado, o que era só teoria sobre “praticantes de autoatenção” ganhou corpo e matéria quando uma das professoras me apresentou o Ciranda da Cultura. O centro comunitário em questão tem seu renome na cidade, quem procura e promove espaços libertários e autônomos por Londrina sabe da importância da associação. A entrada em campo se deu por intermédio de Flora, cirandeira convicta que já havia lecionado oficinas, quanto participado de outras muitas, o momento de chegada coincide com o momento de recomposição do Ciranda.

Afinal, estamos contextuadas no início de 2023, onde está ocorrendo a normalização plena do convívio social pós-pandemia, o que, conseqüentemente, representa também a regularização das atividades do Ciranda. A oferta de um espaço autogestionado fundamenta-se em propostas independentes, as atividades se dão em um ponto comum, onde os fluxos de existência colidem e desenham formas de cuidado próprias. Com o esvaziamento dos espaços (medida sanitária para redução do número de contágios), as relações se dissiparam e os encontros pararam de ocorrer, fazendo com que a quantidade e extensão de atividades do centro diminuísse.

No entanto, trago tal percepção não mediante minhas próprias observações, mas do que me foi narrado, principalmente por Leoa que em seus relatos nostálgicos, por vezes melancólicos, sentia o Ciranda despovoado. Essas histórias nunca me foram trazidas de maneira linear, mas em fragmentos de memória que dia após dia iam se entrelaçando e construindo uma narrativa. Assim como o rizoma (DELEUZE, GUATTARI, 1995), que se expande

continuamente à procura de terras férteis para se nutrir, o Ciranda forma-se porosamente¹⁰ em encontros positivos que ampliam sua existência, e por caminhos tortuosos unem projetos de felicidade comuns (AYRES, 2005) em um coletivo heterogêneo compondo Cirandas da Autoatenção.

São percursos de encontros contínuos que iniciam e encerram ciclos, e o que percebo só agora, com a leitura do caderno de campo, é que a proposta desta pesquisa excedeu a academia, e integrou-se ao novo ciclo do Ciranda. Num campo de envolvimento denso, pude estar presente como pesquisadora, mas também como sujeita pertencente às redes informais, que foi acolhida e estabeleceu uma relação de pertencimento capaz de fazer com que o trajeto de mais de uma hora de ônibus fosse engolido por reflexões que atravessavam o caderninho.

A proposta de demonstrar e compreender o trânsito afetivo de ações de cuidado informais esteve completamente exposta em cada encontro no Ciranda, compondo uma soberania popular sanitária que cria uma rota de fuga do modelo hegemônico de maneira orgânica, onde afetos que repercutem de encontros, geram mais encontros e tecem ciclicamente uma grande rede de autoatenção.

¹⁰ Noção muito trabalhada nas metodologias cartográficas pela saúde coletiva que condiz a um processo que se dá de maneira exposta, na desconstrução de concepções, e vinculado ao momento da ação/relação.

6 CAPÍTULO III – LEMBRANÇAS DESDE QUE NASCI ATÉ AQUI

Em fevereiro de 2023, reúnem-se no período vespertino em torno de oito mulheres no centro comunitário Ciranda da Cultura para compor uma reunião sobre o trabalho da Pastoral da Criança no bairro Avelino A. Vieira. Para início da discussão, a leitura do evangelho Marcos 8, 1-10:

Naqueles dias, havendo uma grande multidão, e não tendo o que comer, Jesus chamou a si os seus discípulos, e disse-lhes: Tenho compaixão da multidão, porque há já três dias que estão comigo, e não têm o que comer. E, se os deixar ir em jejum, para suas casas, desfalecerão no caminho, porque alguns deles vieram de longe. E os seus discípulos responderam-lhe: De onde poderá alguém satisfazê-los de pão aqui no deserto? E perguntou-lhes: Quantos pães tendes? E disseram-lhe: Sete. E ordenou à multidão que se assentasse no chão. E, tomando os sete pães, e tendo dado graças, partiu-os, e deu-os aos seus discípulos, para que os pusessem diante deles, e puseram-nos diante da multidão. Tinham também alguns peixinhos; e, tendo dado graças, ordenou que também lhos pusessem diante. E comeram, e saciaram-se; e dos pedaços que sobejaram levantaram sete cestos. E os que comeram eram quase quatro mil; e despediu-os. E, entrando logo no barco, com os seus discípulos, foi para as partes de Dalmanuta. (Marcos 8:1-10)

Segundo uma das vozes presentes, essa leitura guiaria o dia, e a mesma já incitava a reunião sobre tal reflexão: “afinal, não é apenas de alimento que se tem fome, mas também de oportunidade”. A ocasião foi provocativa, o que tal fala poderia representar a esse grupo?

A Pastoral da Criança se apresenta sobre o objetivo declarado de reduzir a mortalidade infantil em bairros marginalizados por meio do acompanhamento de gestantes e crianças de até 6 anos de idade com ações de cuidado a vida. Suas atividades desdobram-se desde cuidados como pesagens mensais, como também no fornecimento de chás, xaropes, tinturas caseiras à base de plantas e multimisturas distribuídas a toda comunidade. O trabalho é realizado na assistência individual das famílias, mas também por meio de ocasiões coletivas especiais nomeadas como Celebração da vida, onde se reúne a comunidade no pátio da igreja para a realização do acompanhamento nutricional, e também para a participação de atividades lúdicas e refeições.

Dentre essas práticas, a reunião se enfocava na dificuldade de aderir a

algumas mudanças que haviam sido recentemente feitas pelas conferências nacionais, em que se trocava o trabalho manual analógico de registros, para um sistema digital de aplicativo. Em alguns momentos discutiu-se também sobre outras restrições que lhe foram impostas pela própria instituição religiosa, como a proibição da preparação dos xaropes de ervas.

A intrigante queixa, logo veio seguida da explicação de que tais plantas em suma eram colhidas em um aterro próximo que poderia estar comprometido. Essa foi a brecha que me possibilitou me inserir no território e oferecer uma ação de propósito conjunto, afinal se tratava de um espaço colaborativo fomentador de ações cooperativas, portanto não haveria melhor maneira de deixar a posição de estranha turista do ninho e se tornar uma participante imersa: por intermédio da criação de uma horta comunitária de plantas medicinais e alimentícias no quintal do Ciranda.

Com o passar do tempo e na minha permanência das atividades semanais, tanto do Ciranda quanto da Pastoral, pude cada vez mais me aproximar e interpretar as oportunidades que um grupo religioso construía com ações básicas de saúde. Afinal, mais do que sanar a fome, esse grupo de mulheres construiu coletivamente uma linha de frente ativa que em um território historicamente violentado, conseguiu valorizar e fortalecer práticas culturais populares. Foi por meio do compartilhamento de iniciativas dessa organização que, em 1997, surge a proposta do Ciranda da Cultura, junto ao encontro de um professor experiente em movimentos populares paulistanos. Emerge assim, um espaço social autogerido, de alta potência comunitária capaz de transformações microssociais cotidianas.

O trabalho dessas mulheres com o grupo da Pastoral da Criança esteve a todo momento permeado pelo incentivo do protagonismo subjetivo das voluntárias e familiares, para que no exercício do cuidado tenha-se a intenção de garantir desenvolvimento fisiológico adequado, mas também qualidade de vida mediante produção de autonomia, à procura de romper com o ciclo de tutela e exclusão social de corpos e espaços marginalizados.

Podemos ver esse movimento como uma prática híbrida, que por um lado tem características biomédicas, de técnicas leve-duras, e por outro lado um ideal religioso místico que é motor e potência responsável por unir as pessoas para as atividades e também trazer confiança e carisma aos familiares. O afeto

permite que essa experiência híbrida não se dê de forma hierárquica, mas orgânica e integrativa, na capacidade de corresponder ao sentido particular daquela vivência própria, no reflexo das necessidades, mas também desejos.



*Figura 1- Dia de paisagem (21 de outubro)
Figura 2- Horta comunitária (30 de setembro)*

Nova cena, agora no final de março de 2023, uma mostra de cinema indígena local, feita sob a colaboração de um coletivo de cinema popular com o Ciranda da Cultura. O longa-metragem exibido revelava a trajetória e memória Kaingang da região, e a importância de assegurar esse conhecimento às próximas gerações. O cineasta convidado para discursar sobre a produção justifica a realização de tal documentário no interesse da sua própria comunidade, e não da satisfação da curiosidade branca.

Para ele, a produção cinematográfica indígena é uma forma de cuidado com os seus, de fortalecer a cultura tradicional e retratar as marcas que simbolizam uma história geracional. Marcas que as anciãs e os anciões deixaram, marcas essas tão bem desenhadas e expressadas, que fizeram Lua, um tanto quanto cativada, pensar em alta voz:

A história de seus antepassados... jovens revivendo a história e aprendendo com os mais velhos, isso não existe mais em nossa cultura... a preocupação de conhecer a história das nossas avós, de aprender com os mais velhos.

Mas, na pausa para o café, o que Lua não demorou a perceber foram suas marcas, afinal, das plantas que estavam na horta e por todo o jardim, o que se sabia sobre elas era proveniente de suas parentes mais velhas ou amigas, mencionava ela. A inquietação de se ter descendentes (não em seu sentido consanguíneo) era algo que estava latente por todo Ciranda, a necessidade de ter alguém interessado em conhecer o trabalho que já se realiza e dar continuidade a esse, numa proposta de vida comunitária.

Nesse sentido, parece interessante apontar a dinâmica de mulheres, adolescentes e crianças que permeiam o espaço: um elo geracional visível que se constrói na memória das velhas gerações e na valorização dessas marcas enquanto uma força propulsora que preserva e impulsiona uma vida comunitária. Diariamente levam-se adiante histórias da convivência e construção do Ciranda, relembram-se os momentos iniciais em que as atividades se davam na casa de uma vizinha do bairro, em seguida num espaço cedido em regime de comodato, até a ocupação do centro comunitário atual.

É perceptível na contação de histórias como a proposta de vida comunitária é essencial para o alcance de transformações dos pequenos territórios sociais e subjetivos, e por isso extremamente incitada. A apoderação do centro comunitário atual é fruto de um processo coletivo entre as moradoras do bairro, que em um movimento social de ocupação e restauração do espaço, renegociam com a Companhia de Habitação de Londrina (COHAB), em reuniões diretas com o próprio prefeito no local, a apropriação do espaço.

O resultado dessa organização social é um espaço funcional que atende de maneira gratuita às distintas demandas da comunidade com oficinas de arte, cultura e saúde. A disposição decorativa, estrutural e prática do Ciranda carrega consigo as marcas desse processo comunitário, o território é preenchido por elementos individuais que se conectam e dão forma às estratégias de cuidado comum. Percebem-se as características particulares e as propostas das pessoas que por ali já passaram em pequenos detalhes, desde colagens, pinturas, plantas, materiais, adereços, livros, conversas, eventos, oficinas, fotos, etc.

São marcadores de diferença relevantes que se destacam no cenário geral, não apenas simbolizando a forma como se interage individualmente com o ambiente, mas sobretudo como se entrecruzam as diferenças numa relação

contra hegemônica comunal. Conceito que compocho por meio da definição da antropóloga argentina María Lugones (2010), que entende a proposta do comunalismo como a não dicotomização dos sujeitos por suas subjetividades, e sim a incorporação destes na confecção de vínculos afetivos e acolhimento.



Figura 3- Cinema popular indígena (25 de março)



Figura 4 - Elo geracional (06 de maio)

Quinzenalmente, aos sábados à tarde, orientam-se atividades de arteterapia no centro, em maio, que se inaugurava a nova oficina, foi proposto que expressássemos o que o Ciranda da Cultura significava para cada uma de nós. Leoa, que visivelmente tem seu pupilo declarado (Alecrim), e está sempre permeada por discursos de interdependência, trouxe-nos uma metáfora de um violão, em que cada corda se figurava uma pessoa, e que para a composição de uma bela música, todas essas eram tocadas, e vibravam em uma sintonia comum chamativa, que a quem ouvia ainda que de longe, queria adentrar.

Ainda nesse dia, depoimentos como da jovem Lebre, que se referia ao Ciranda como um lugar de brincadeiras, mas também para “respirar um pouco”, De Lua, que mencionou como ao longo da construção do espaço, foi tendo pensamentos diferentes e entendendo que não precisava corrigir a diferença da Outra: “um lugar que abriu minha cabeça”. E de Esmeralda, que fez menção ao centro como um espaço de “autonomia popular”.

Tanto a comparação de Leoa, quanto o comentário de Esmeralda, reforçam que a configuração do Ciranda da Cultura está compreendida em práticas de autoatenção comunais, que necessitam que o poder político provenha de baixo para cima em uma constante partilha de lideranças, em reciprocidade e solidariedade das participantes em prol da comunidade. Tais ações geralmente estão compostas por elementos heterogêneos que promovem respeito à diversidade mediante o convívio com a alteridade e o alternativo em oficinas e práticas cotidianas. Busca-se conectar e materializar as lutas comuns em diversas formas cooperativas de produzir e preservar saúde que não sejam apenas biomédicas, mas também artísticas e culturais, capazes de proporcionar momentos de bem-estar físico e emocional.

Nessa mesma oficina, mas agora no início de novembro, foi feito um exercício de escrita, no qual foi solicitada a elaboração de uma história, um poema ou memória pessoal. Dentre as distintas partilhas do dia, debruço-me especificamente sobre o relato de Rouxinol, ao qual o subtítulo do capítulo presente faz referência:

Eu estou apenas vivendo sem pensar, aproveitando cada segundo do presente principalmente se for com pessoas que me fazem bem, me fazem entender o motivo da vida. Esses momentos bons não são apenas com pessoas, são quando ouço música, quando jogo vôlei, quando brinco com os animais ou quando eu atuo. Você não vai ter lembranças boas com pessoas ruins então fique perto de pessoas boas para que fique contente... Também existe as lembranças ruins aquela que te leva para um lado obscuro... E às vezes as lembranças viram saudades.

Ouso sugerir aqui, que a narração de Rouxinol, preenchida de subjetividade, traz uma perfeita alusão à já mencionada filosofia afetiva de Espinosa (2009), na medida em que se descreve uma conexão entre mente e corpo que procura fortalecer 'lembranças' boas, já na percepção consciente do aspecto relacional afetivo. Rouxinol expressa-se de maneira ativa e consciente, apresentando objetivamente quais são os projetos pessoais de cuidado que a fortalecem e trazem motivo para se viver.

Temos dentro do Ciranda da Cultura o fortalecimento de afetos alegres como uma esfera importante da saúde, as práticas de autoatenção revelam tal prioridade mediante a articulação dinâmica de distintas formas de se produzir atenção que correspondam a sobrevivência e interesse do coletivo. A promoção

de atividades culturais, artísticas, além das mais enrijecidas práticas de saúde, aproximam a comunidade periférica, da vivência e experiência de afetos alegres. Desempenhando na prática de autoatenção todos os recursos terapêuticos disponíveis para o agenciamento de distintas dimensões de cuidado que aumentem suas forças de existir.

Dessa forma, o cotidiano de práticas de autoatenção transborda passividade do sujeito e implica nos processos de subjetivação e autogestão, constituindo campos de força micropolíticas que revelam o âmbito pessoal também como um âmbito político em potencial de enfrentar as violências de invalidação da cultura biomédica majoritária.



Figura 5 - Entrada do centro comunitário (18 de março)

No dia 23 de julho, após uma tarde de paisagem e Celebração da Vida, partilhava o pátio da igreja um conjunto de seis mulheres e mais algumas crianças para a construção dos mapas afetivos. As crianças, na verdade, ocuparam-se de uma atividade livre, desenhando o que gostariam com as canetas e lápis-de-cor dispostos, e a tarefa metodológica da minha pesquisa delimitou-se às adultas presentes.

Para o início da atividade, nos reunimos ao chão do pátio em formato de círculo com a intenção que ao final da atividade houvesse um momento de partilha de reflexões, e em circunferência as conversas se conduzem de forma não hierárquica, em uma posição espacial que aproxima as participantes e as

valoriza igualmente. Assim, distribui folhas sulfites brancas para cada uma e despejei diversas canetas em diferentes tons pelo chão, primeiramente expus minha gratificação pela presença e pelo acolhimento não apenas da minha pessoa, mas também da minha pesquisa.

Vale ressaltar que não foi a primeira vez que me evidenciei enquanto pesquisadora, uma vez que já havia recolhido assinatura de autorização institucional mediante as exigências do Comitê de ética para início do campo, e também já elaborado que a minha aproximação ao espaço se deu a princípio justamente por indicação de uma professora. No entanto, na proposta de imersão de um campo etnogeográfico, eu não apenas estava por observar a 'paisagem', mas também a compor. Por isso, mesmo tendo como proposta a finalização do campo com a criação dos mapas afetivos, continuei por frequentar o centro, não apenas participando das atividades, mas por muitas vezes promovendo-as.

Portanto, outra vez menciono a intenção da minha pesquisa e da atividade que se dá partir de um desenho de um mapa local, nele nossas subjetividades revelariam não apenas a relação pessoal com o ambiente, mas também, as linhas de atenção e poder que dão forma ao Cirandas da Autoatenção. Ademais, podendo-se identificar na partilha coletiva aspectos comuns de vulnerabilidades ou potenciais dos mesmos espaços descritos.

A sugestão foi, portanto, desenhar um mapa geográfico do Ciranda e o que subjetivamente se via em torno deste (o que o compunha), junto da expressão de afetos, por meio de escrita, símbolos ou posteriormente verbalizando-os, inserindo os sentimentos a esses espaços físicos sejam estes: odores, sensações, memórias, gostos e desgostos.

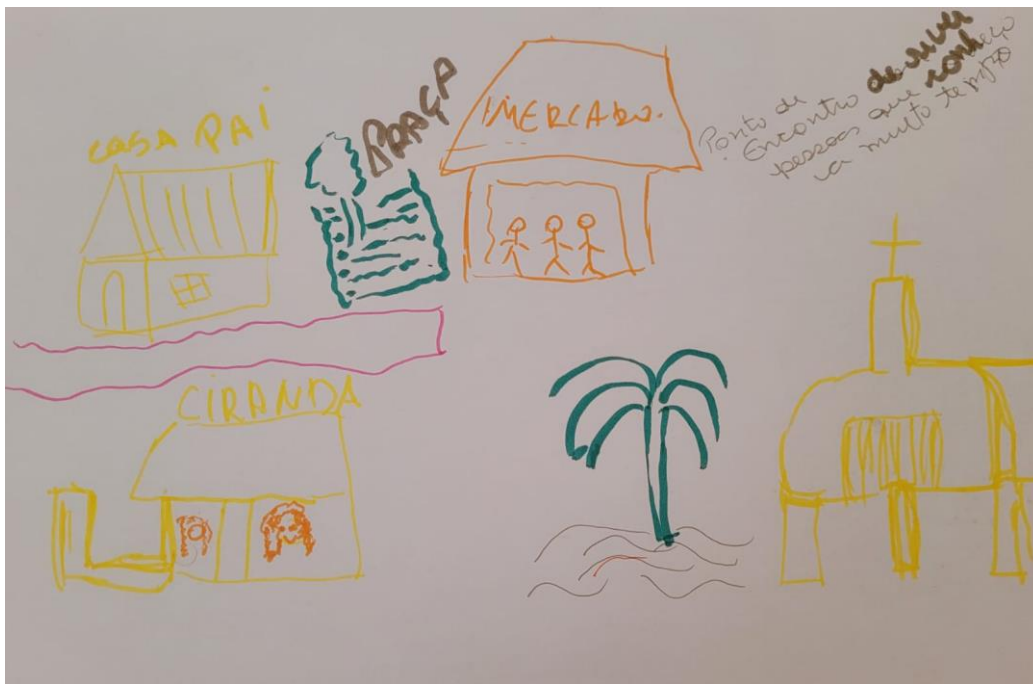


Figura 6 - Mapa afetivo Lua



Figura 7 - Mapa afetivo Flora

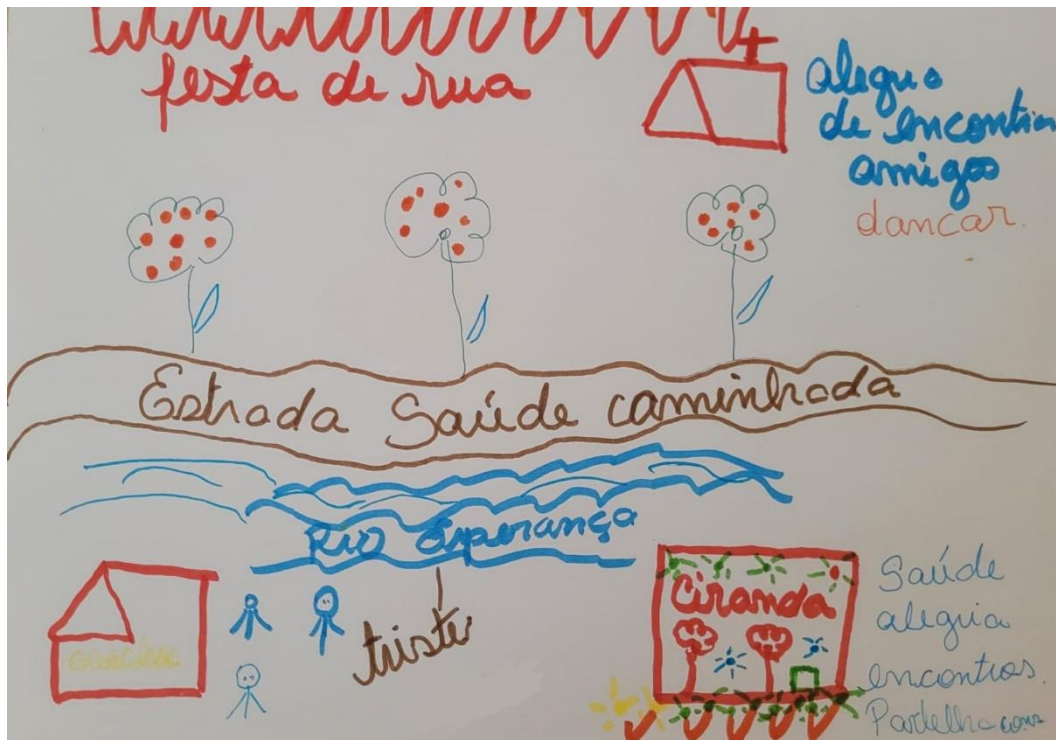


Figura 8 - Mapa afetivo Leoa

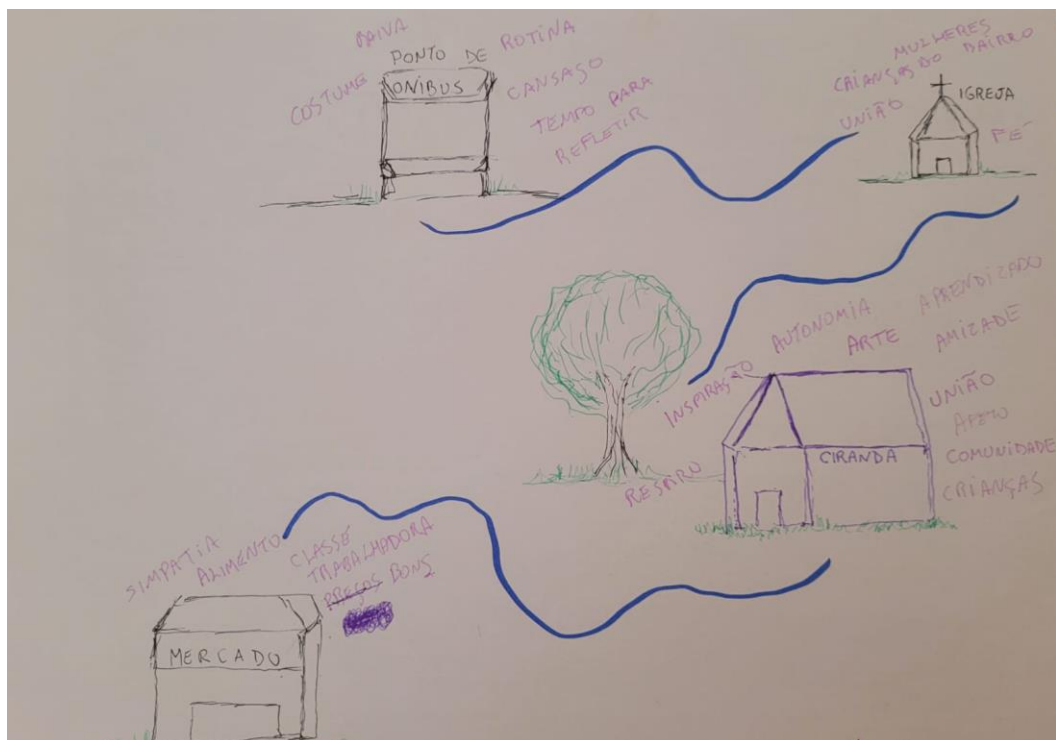


Figura 9 - Mapa afetivo Esmeralda

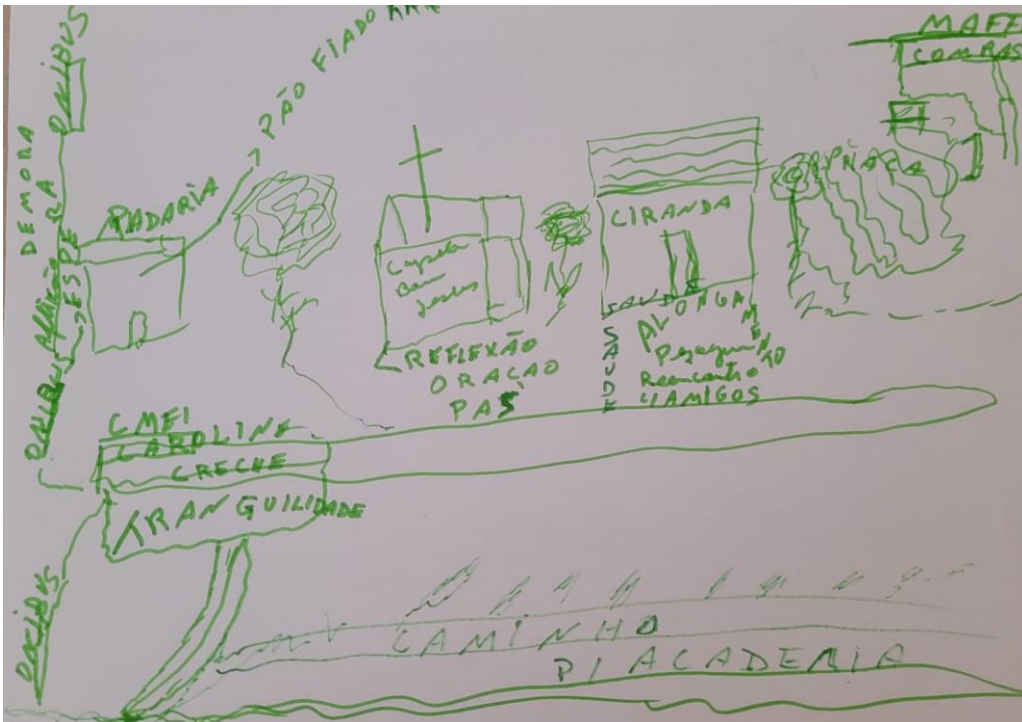


Figura 10 - Mapa afetivo Rosa

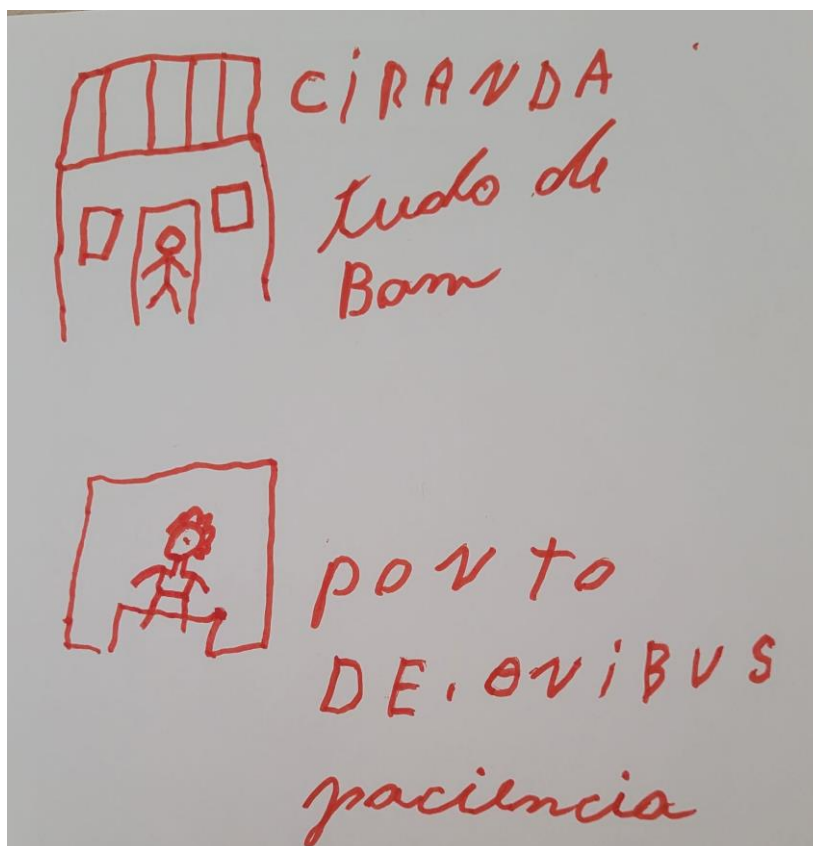


Figura 11 - Mapa afetivo Gentileza

O primeiro momento da atividade se deu de maneira individual em repleto silêncio, numa imersão de memórias e sensações para constituição dos desenhos. Finalizando os mapas, iniciou-se a segunda ocasião, constituída por um intercâmbio de reflexões, histórias e identificações que a produção dos mapas afetivos trouxera. No compartilhamento de falas foi possível perceber aspectos comuns sobre os espaços e linhas que conectavam um ambiente ao outro e davam forma a uma rede informal em saúde.

Ambientes como a Igreja Católica, o Mercado e a Praça estiveram presentes na maioria dos mapas, e não coincidentemente tanto a praça quanto a igreja já foram cenários de diversos eventos culturais ou de oficinas de saúde que se sucederam em colaboração ao Ciranda. O mercado, que está localizado de frente com a praça, também é um constante colaborador das ações do Ciranda, sejam com doações para as festividades (dia das crianças, festa junina, etc.), ou no auxílio de fornecimento de energia elétrica para os eventos que ocorrem na praça.

Nos mapas, em geral, também é possível visualizar uma forte presença de elementos da natureza, que tanto Rosa quanto Leoa trouxeram em suas descrições e ilustrações, uma relação de ‘cura’ no simples convívio com tais ambientes verdes. Ambas fizeram menção ao Rio Esperança, próximo do Ciranda, pelo qual costumam caminhar, Rosa figurou para nós sua rotina de ida à academia, e que durante o trajeto enquanto passava por esse local verde de águas correntes, sentia-se tranquila: “pondo os pensamentos no lugar, a mente quieta”.

Todavia, Leoa relatou que atualmente conectava-se ao rio de maneira entristecida, pois conforme expandiram-se os centros residenciais, este acabou por virar um lugar de descarte e abandono. No mais, conforme relembrava, ela imaginou como seria transformar aquele ambiente em um espaço de convivência, em que se pudessem realizar piqueniques e levar as crianças, mas que, por fim, a estrada ainda era um lugar de uma boa caminhada, e junto das árvores um bom espaço de saúde.

Outra marcação significativa presente nos mapas é a forma como elas escolheram ilustrar a aparência do centro comunitário Ciranda da Cultura, onde a maioria delas inseriu pessoas na representação do espaço. Explorando tal característica junto das descrições: “encontro, rever pessoas que eu conheço”;

“pertencimento, sentido de vida”; “saúde, alegria, encontros, partilhas”; “alongamento, reencontro com amigos, saúde”; “autonomia, arte, aprendizado, amizade, união, respiro”. Reaparece aqui a marca comunitária que deu origem ao centro, a força comunal que promove e preserva as oficinas e o espaço físico, mas que, para além disso, é responsável por atuar como um coletivo de acolhimento e pertencimento. Citando o caso de Lua, que apesar de não ser mais uma moradora física do bairro, descreve como ainda se sente pertencente ao espaço e como até prefere frequentar a sua antiga igreja ali, do que a de seu atual bairro.

Pode-se considerar, portanto, que o Ciranda atua como um ponto de vínculo e abrigo que, mediante o encontro de distintas pessoas e afetos, busca costurar linhas de poder e compor uma rede de autoatenção diversa e íntima. É possível perceber na articulação de tais linhas as marcas coletivas da comunidade, que conduzem o cuidado de uma forma não-genérica, nas reais demandas e desejos do bairro. O Cirandas da Autoatenção se expressa na urgência de mulheres de constituir um novo território de existência, que como compõe Rolnik (1997) ao pensar cultura popular, vem de uma exposição forçada ao Outro, e emerge enquanto uma questão de sobrevivência.

A associação Ciranda da Cultura é criada pelo povo para o povo, sem um sistema de referência ou de importações de identidade, é a afirmação do saber tradicional e popular que se aflora às margens do centro e evidencia seu modo de ler e pertencer ao mundo. Forma-se uma rede de autoatenção articulada que conecta ambientes e pessoas capazes de ampliar a produção de afetos alegres e aumentar a força de existência das pessoas que ali moram. O cuidado afetivo em suas diversas formas, e não apenas biomédica, alivia o caminho do adoecimento e/ou cura, dando abertura para aprofundar-se nos ensinamentos e experiências em vez de fixar-se em sentenças sintomáticas.

Compreendo o Cirandas da Autoatenção como uma rede informal de saúde que evidencia em suas práticas de autoatenção a potência integrativa do afeto, torna-se perceptível como este desloca as práticas de cuidado das normas epistêmicas e facilmente articula distintas formas de atenção na proposta de uma saúde mais integrativa. Por exemplo, a possibilidade de se realizar práticas de fisioterapia e educação física no centro comunitário parte de um acordo com o posto de saúde para a transferência das atividades adentro do Ciranda, como

um local mais oportuno e acessível acompanhando o desejo de quem participa e dando real funcionalidade e efetividade a tais práticas que antes não alcançavam a quem se dirigia. Tal como já mencionada a Pastoral da Criança, em que se cuida a partir de técnicas biomédicas, mas sobretudo mágicas pela confiança que se partilha pela mesma crença e aproxima os indivíduos. Pode-se assim observar a concretude desse aspecto afetivo aliado a autoatenção fluindo de maneira orgânica, viabilizando o diálogo entre diferentes relações, contraditórias ou não, para construção de uma saúde que tenha sentido naquela vivência subjetiva.

É a forma prática da autoatenção: pensar a saúde das pessoas fora da escala de estratificação de risco, pensar em boa vida, como bem aponta Flora. O Cirandas da Autoatenção é uma ação de transformação social, de autonomia subversiva, cirandar é deixar o Outro viver em seu projeto de felicidade, cirandar é uma prática de autoatenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de ressignificarmos o sentido de viver bem se faz latente, é preciso incorporar conhecimentos integrativos que estão para além dos ambientes internos de atendimento. Aprender a interpretar nossos próprios corpos é uma ferramenta não somente de cura, mas de preservação para qualquer organismo vivo.

O cuidado biomédico é marcado por um cenário normativo de atenção em saúde que determina, segundo o modelo médico hegemônico, protocolos rígidos responsáveis por reproduzir uma relação de poder onde os sujeitos são subordinados a um sistema de dependência diagnóstico-terapêutica dos profissionais reconhecidos como detentores do conhecimento legítimo. Essa relação hierárquica de saberes projeta um modelo de atenção biologicista pautado em preconceções autoritárias e genéricas sobre as necessidades de saúde da população.

Emana nesse contexto uma perspectiva crítica que busca compreender a saúde como um conceito plural, que não condiz somente ao conhecimento científico. A necessidade de se reconhecer outros modelos de atenção se faz importante para a compreensão de que saúde é uma experiência situacional de um indivíduo ou grupo e seu valor é elaborado e reelaborado na complexidade de contextos e situações vivenciadas pelos mesmos.

Com base nisso, constrói-se em uma vivência de campo, com praticantes de autoatenção, uma experiência imersiva de encontros na Associação Ciranda da Cultura, que fornece práticas de saúde e cultura embasadas em seus fluxos de existência. O centro comunitário é responsável por desenvolver cotidianamente oficinas de arte, fitoterapia, danças, práticas de fisioterapia, educação física, cinema, teatro, eventos comemorativos, dentre muitos outros. É composto e mantido sobretudo por mulheres e traz por meio da prática da vida comunal o agenciamento de redes afetivas de cuidado em prol da satisfação das demandas e desejos da comunidade.

O que se discute frequentemente na academia sobre o trabalho em saúde ser sempre relacional e vivo, criado em ato, é experimentado no compartilhamento desse espaço. Nele, a produção de saúde está presente tanto em sua maneira mais formal, com o desenvolvimento de autonomia social e

práticas de bem-estar físico, quanto na partilha de encontros que colaboram para a forma mais simples de se promover saúde, a tecnologia relacional de dar e receber atenção em um genuíno processo de vínculo e cuidado.

As manifestações materiais e simbólicas que esse convívio comunal traz influencia diretamente na valorização dessas vidas e não apenas de seus corpos biológicos. A existência de 'Cirandas' emerge da urgência de preencher espaços marginalizados e assegurar seus desejos de cultura e lazer enquanto formas também legítimas de se promover saúde.

Pois algo que aprendi em minhas vivências em campo de fevereiro até o presente mês de dezembro, e muito bem reforçado pela Flora, é que o Ciranda não é apenas um local, mas um conceito que se pode desenvolver em muitos outros lugares em suas mais variadas formas, mas sempre como um estado de comunidade. Uma comunhão afetiva de posição micropolítica que por muitas vezes é invisível aos centros hegemônicos biomédicos, mas que continua por coexistir e traçar histórias cotidianas de cuidado e transformação social.

Afinal, a vida cotidiana aparece como uma esfera importante para transformação social, partindo do pressuposto de que são nas interações diárias em que se manifesta a capacidade de expressão e co-criação dos desejos das pessoas. Assim, a produção de práticas de cuidado autônomas no cotidiano transborda as violências impostas pelo modelo hegemônico, como a subordinação tutelar e passiva, e contribui diretamente para processos de subjetivação, ou seja, para o reconhecimento e consciência das próprias capacidades de ação, de criação e de encontrar soluções consolidando certos micropoderes. Então não necessariamente altera-se uma política pública, ou o funcionamento e práticas médicas do posto de saúde, mas tensionam-se campos de força micropolíticas que de baixo para cima produzem e devolvem autonomia às pessoas, qualificando esses sujeitos enquanto sujeitos políticos.

8 REFERÊNCIAS

AUGUSTO, D. M.; FEITOSA, M. Z. DE S.; BOMFIM, Z. Á. C. A utilização dos mapas afetivos como possibilidade de leitura do Território no CRAS. repositorio.ufc.br, 2016.

AYRES, J. R. DE C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549–560, set. 2005.

BARRERA, Narciso; TOLEDO, Víctor. **A memória biocultural**: A importância ecológica das sabedorias tradicionais. Editora Expressão Popular. São Paulo. 2015

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, p. 67–84, 1 jul. 2002.

BATTISTELLI, B. M.; CRUZ, L. R. DA. Entre cartografia e etnografia: possibilidades de uma pesquisa . **Jornada de Pesquisa em Psicologia**, n. 0, 5 dez. 2017.

BITTENCOURT, J. B. DE M. **A etnocartografia como experimento antropológico ou da arte de mapear territórios subjetivos**. In: 30º Reunião Brasileira de Antropologia, 2016, João Pessoa/PB.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS>.

BUTLER, J. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Tradução Lieber, Andreas. . Belo Horizonte: Autêntica. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400–1410, out. 2004.

CRIOLO. **Ainda há tempo**. São Paulo: SkyBlue Music: 2006 (4:49).

CRIOLO. **Sucrilhos**. São Pauo: OlokoRecords: 2011 (4:00)

DELEUZE G., GUATTARI F (1980). Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia. Tradução Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1ª ed., 1995

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. ág. 151–163, 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado. In: Franco, T. B. & Merhy, E. E. (Orgs.), **Trabalho, produção do**

cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos (pp. 151-171). São Paulo: Hucitec, 2017.

FOUCAULT, M. (1998). **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 5ª ed., 2017.

FOUCAULT, Michel (1973). **O nascimento da clínica** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. Tradução de Roberto Machado

FOUCAULT, M (1975). **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2014, 302p.

GOBBI, M. “Nóis” é ponte e atravessa qualquer rio: notas sobre mulheres, crianças, coletivos periféricos e o comum (ou, quando a pandemia é apenas mais um elemento). **Cadernos CEDES**, v. 42, p. 359–372, 29 ago. 2022.

GONZÁLEZ, A. D. et al. Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 809–817, 1 set. 2012.

HUYER, B. LEWKOWICZ, R. A terra é suja: parâmetros biomédicos no controle da vida indígena. In: **Laboratório de alteridades: ensaios antropológicos**, org. Prates, M. P. Carreira, J. Porto Alegre: Editora UFCSPA, 2020. p. 165-189.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1019–1029, abr. 2014.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459–466, 1 jun. 2010.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1994, 152p. Tradução de Carlos Irineu da Costa.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935–952, dez. 2014.

MALUF, S. & TORNQUIST, C. (orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas. 468 p. 2010.

MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. **Salud Colectiva**, v. 1, n. 1, p. 9, 1 abr. 2005.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L.; GOMES, M. P. C.. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. In: Franco,

T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MIRANDA, S. M. R. C. Reflexões sobre Saúde. **Saúde Coletiva**, v. 2, n. 5, p. 29-34, 2005.

ROCHA, G. A etnografia como categoria de pensamento na antropologia moderna. **Cadernos de campo**, São Paulo, n. 14/15, p. 1-382, 2006.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. “Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização”, in **Cultura e subjetividade. Saberes Nômades**, org. Daniel Lins. Papyrus, Campinas 1997; pp.19-24.

SILVA, A. PEREIRA, A. Ciências Sociais e Saúde: crises, emergências e debates contemporâneos | Revista TOMO. **periodicos.ufs.br**, 30 jun. 2023.

SILVA, R. A. DA et al. CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, EDUCAÇÃO MÉDICA E A CONCEPÇÃO INTERVENCIONISTA E COLONIAL DA PRÁTICA MÉDICA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 39–56, 11 dez. 2017.

SPINOZA, B (1677). **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SPINOZA, B (1677). **Tratado Político**. Trad. Homero Santiago. Editora WMF, São Paulo, 2009, p. 140.

SPIVAK, G (1988). **Pode o Subalterno Falar?**. Trad. Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Editora UFMG, Belo Horizonte, 2010, p. 126.

TEIXEIRA, J. M. DA S.; PAIVA, S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, 2021.

YONEZAWA, F. H. Só a alegria produz conhecimento: corpo, afeto e aprendizagem ética na leitura deleuzeana de Spinoza. **Educação: Teoria e Prática**, v. 25, n. 48, p. 186–199, 29 abr. 2015