

Lições da pandemia: aprender com outras epistemologias o cuidado coletivo¹ com reciprocidade

Carla Pontes de Albuquerque², Reinaldo Matias Fleuri³

Resumo

Em tempos de pandemia, as fragilidades existentes decorrentes das desigualdades, conformadas e aprofundadas na globalização neoliberal, se expressam de forma mais contundente. O modelo biomédico, centrado na assistência hospitalar e em tecnologias duras, evidenciou sua insuficiência para o cuidado coletivo no contexto do Covid 19. O cuidado de vizinhança dos diferentes grupos populacionais e a Atenção Básica em Saúde integrada às redes de cuidado são vias que, se trilhadas, possibilitam um manejo mais adequado frente às situações emergenciais de saúde. Na trajetória de lutas e afetividades da Educação Popular na Saúde no Brasil, emergem práticas e saberes tecidos cotidianamente de forma compartilhada nas diversidades dos territórios de vida. Movimentos decoloniais na saúde, embora contra hegemônicos, têm apontado experiências mais plenas de cuidado coletivo, como o Bem Viver – cosmologia que adquire nuances entre povos originários na América Latina. São princípios elencados por essa perspectiva: reciprocidade, relacionalidade, complementariedade e solidariedade entre pessoas e comunidades. Aprender com outras epistemologias que trazem capilaridades de cuidado recíproco, incluindo todos os seres da Natureza, é uma possibilidade de potencializarmos outras narrativas para a promoção de saúde e para o adiamento do fim do mundo.

Palavras-chave

Território de cuidado. Saúde coletiva. Educação popular. Bem viver. Pandemia.

¹ Esse texto deriva das reflexões construídas coletivamente durante o Painel Temático “Paulo Freire e cosmovisões ancestrais” do II Seminário Temático do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT EPS/ABRASCO), ocorrido nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2020, em Parnaíba, Piauí, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil; professora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil; integrante do GT EPS/ABRASCO. E-mail: carlapalbuquerque@gmail.com.

³ Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil; professor permanente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil; professor visitante nacional sênior na Universidade Estadual do Pará, Brasil (2019-2021); pesquisador 1 do CNPq e coordenador da Rede de Pesquisas “Viver em Plenitude: Educação Intercultural e Movimentos Sociais” (UFSC/CNPq); integrante do GT EPS/ABRASCO. E-mail: rfleuri@gmail.com.

Lessons from the pandemics: learning from other epistemologies of collective care⁴ with reciprocity

Carla Pontes de Albuquerque⁵, Reinaldo Matias Fleuri⁶

Abstract

In times of pandemics, the existing weaknesses arising from the conformed and deepened inequalities in neoliberal globalization, are expressed more forcefully. The biomedical model, centered on hospital care and hard technologies, is limited to adequate collective care and this failure has gained more visibility with Covid 19. Neighborhood care for different population groups and Primary Health Care integrated with care networks are paths that, if followed, enable a more appropriate management in the face of emergency health situations. In the trajectory of struggles of Popular Education in Health in Brazil, practices and knowledge emerge daily in a shared way in the diversity of life territories. Decolonial movements in health, although against hegemony, have pointed to fuller experiences of collective care, such as Living Well (Bem Viver) – a cosmology that acquires nuances among peoples from Latin America. These principles are listed by this perspective: reciprocity, relationality, complementarity and solidarity between individuals and communities. Learning from other epistemologies that bring capillarities of reciprocal care, including all beings of Nature, is a possibility for inventing other narratives for health promotion and postponing the end of the world.

Keywords

Care territory. Collective health. Popular education. Living well. Pandemic.

⁴ This production is based on the collective reflections of the conference panel “Paulo Freire and the ancestral cosmovisions” presented in the II Thematic Seminar of the Thematic Group for Popular Education and Health of the Brazilian Association of Collective Health (Brazilian acronym GT EPS/ABRASCO). It occurred from 4th to 5th February 2000 in Parnaíba, State of Piauí, Brazil.

⁵ PhD in Public Health at the Institute of Social Medicine, State University of Rio de Janeiro, Brazil; associate professor at the Institute of Collective Health, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Brazil; member of GT EPS/ABRASCO. E-mail: carlapalbuquerque@gmail.com.

⁶ PhD in Education, State University of Campinas, State of São Paulo, Brazil; permanent professor at the Interdisciplinary Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil; senior national visiting professor at the State University of Pará, Brazil (2019-2021); CNPq researcher 1 and coordinator of the Research network “Living in Fullness: Intercultural Education and Social Movements” (UFSC/CNPq); member of GT EPS/ABRASCO. E-mail: rfleuri@gmail.com.

Introdução

A anunciação do fim do mundo não é uma novidade trazida pela pandemia do Covid-19. Para os povos originários, sobreviventes aos processos de colonização, de escravização e à tentativa de sujeição pelo Capitalismo globalizante, a luta cotidiana pela vida é uma aprendizagem dura que exige deles criatividade para seguir existindo. Kopenawa (2015) e Krenak (2019) expressam que Gaia (Pachamama/Mãe Terra/Planeta Vivo) já não suporta mais os modos de produção predatórios dos chamados civilizados, que a avassalam e conduzem à extinção de várias espécies e provavelmente a sua própria.

No mundo urbanizado-industrializado, a ameaça à vida por mais uma emergência epidemiológica não chega igual para todas as pessoas. Os mais vulnerabilizados, diante do possível contágio, seguem sendo os que já não tinham anteriormente condições adequadas de moradia, saneamento, trabalho (regulamentado), assistência à saúde (os sistemas nacionais de saúde vêm sendo precarizados/privatizados) e tantas outras manifestações necropolíticas (MBEMBE, 2018). Na era do capital financeiro e ultraliberal, políticas sociais e redistributivas são proscritas, intensificando desigualdades atroz. Tal contexto social não permite assegurar, mesmo com todo o seu aparato tecnológico, nem mesmo a proteção aos grupos privilegiados diante da devastadora pestilência. A pandemia evidencia a falência do “regime de verdade” do mercado, e nos coloca a premência de outros mundos possíveis.

À denúncia do aquecimento global e suas graves repercussões são agregadas outras mazelas dessa ordem excludente, como o poderio da indústria armamentista, impulsionando a cultura violenta e produtora de guerras, bem como genocídios encobertos e migrações forçadas dos territórios assaltados por multinacionais mineradoras, petrolíferas e extrativistas, agravando a xenofobia onde os refugiados aportam. O ativismo ambiental precisou também incluir em suas pautas estas causas. Paralelos aos Fóruns Globais Econômicos vêm acontecendo encontros mundiais de movimentos emancipadores, ressonando experiências de outros possíveis modos de vida em convivência. Nesses, as sabedorias ancestrais dos povos originários do sul global, em suas relações sinérgicas com o meio ambiente e seus laços de cooperação que envolvem a vida em coletividade, têm inspirado movimentos que confrontam a visão da vida como mercadoria.

Assim como os padrões civilizatórios (que seguem coloniais) e o modelo econômico preponderantes são colocados em questão no enfrentamento da pandemia, a racionalidade

biomédica⁷, que não está descolada deles, se apresenta ofegante. A redução do cuidado à saúde ao modelo hospitalocêntrico explode sua falência em mortes evitáveis, sofrimento dos trabalhadores de saúde, das pessoas atingidas e suas redes de estima. Ficou nítida a fragilidade do cuidado à saúde nos territórios de vida nos países que, mesmo ditos de primeiro mundo, não tiveram fôlego para evitar a disseminação comunitária do contágio (sistema de vigilância em saúde⁸ incipiente) nem para promover suporte emocional e clínico às famílias dos hospitalizados (pela inexistência ou esgarçamento da rede de atenção básica na saúde).

Para além da medicina hospitalocêntrica

A problematização de tecnologias de cuidado é um tema que o campo da saúde coletiva brasileira traz à clínica há muito tempo (MERHY, 2000). Os componentes relacionais/comunicacionais (tecnologias leves) foram sendo deslocados por normativas e protocolos, na objetivação da assistência e objetificação de quem é assistido. Os equipamentos (tecnologias duras) ganharam lugar de destaque, passaram a ser sinal de boa prática médica e objeto de desejo visando o sucesso no mercado, local para o qual, na maioria das vezes, os profissionais de saúde são formados para atuar, sendo o hospital⁹ ícone para tal façanha.

O cuidado nos territórios de vida, no Brasil, por meio da atenção básica¹⁰ (centros de saúde; equipes de saúde da família; consultórios na rua; centros de atenção psicossocial; residências terapêuticas; atenção domiciliar; dentre outros), que é uma via que favorece uma maior proximidade às realidades dos diferentes grupos populacionais, tem sido assolapado nos últimos quatro anos por políticas contrárias ao direito à saúde e à defesa do Sistema Único

⁷ Referente à constituição do campo de conhecimento e prática médica a partir do século XVII, nas quais também as demais profissões da saúde foram baseadas, atrelado ao controle dos corpos individuais e sociais em consonância com a organização do Estado e a estruturação da sociedade capitalista (FOUCAULT, 1997).

⁸ Vigilância em Saúde aqui aplicada para além de dados epidemiológicos, no sentido da defesa do direito à vida digna para todos/as (SANTOS, 2006).

⁹ Aqui não está se questionando a competência necessária do hospital integrado às redes de atenção em uma região de saúde. A problematização é em relação à organização de um sistema de saúde a partir da perspectiva hospitalocêntrica, como tem sido evidenciado na pandemia de Covid 19 em muitos países. No mesmo sentido, cabe esclarecer que a referência à importância da atenção básica na composição das redes assistenciais, implica na perspectiva de sua atuação nos territórios, nos cuidados de proximidade e na vinculação e participação dos grupos populacionais que vivem na sua área de abrangência.

¹⁰ A primeira Portaria de Atenção Básica (PNAB) data de 2011. Tinha um caráter mais abrangente no que se refere a atuação nos territórios, implicando agentes comunitários de saúde na equipe. Já na sua revisão em 2016, há uma redução expressiva no que tange à perspectiva da atuação territorial e os agentes comunitários já não são imprescindíveis à composição da equipe. No entanto, a formulação da Atenção Básica aqui expressa é mais abrangente do que ambas portarias, trazendo para seu âmbito serviços e redes que acontecem nos territórios de vida dos grupos populacionais, que poderiam até extrapolar o próprio setor (como assistência social, rede educacional, dentre outros).

de Saúde (SUS) com qualidade. A cultura biomédica tem avançado mais uma vez em espaços nos quais foi possível anteriormente, com dedicação investigativa e afeto, ampliar tessituras de cuidados mais compartilhadas com os usuários das unidades e com as redes vivas que emergem nos encontros locais. O recuo do território pelas equipes de atenção básica não ocorreu apenas pelo risco de contágio na pandemia, pois já estava em processo por uma política governamental na qual a participação social não condiz com seus interesses corporativos e mercantis. Tais retrocessos ilustram também o desempenho do Ministério de Saúde (MS), que, após 2016, operou mudanças na sua estrutura, subtraindo setores nos quais a participação social era mais presente, o que significou ainda um maior esvaziamento das várias políticas editadas nas gestões mais progressistas anteriores.

As promulgações das Políticas Nacionais de Educação Permanente (PNEPS) e de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), em 2009 e 2013, respectivamente – conquistadas a partir de avanços e recuos de movimentos sociais por um SUS com maior participação – foram dispositivos para experiências de processos mais horizontais nos serviços de saúde, nos territórios de vida, nas instituições formativas e nos próprios espaços de gestão. As diversidades dos grupos populacionais e as desigualdades a que eles estão submetidos tiveram alguma visibilidade, quando se buscou sua participação, ainda que restrita, na elaboração das suas respectivas políticas de saúde (Indígenas/2002; População Negra/2007; Populações do Campo e da Floresta e das Águas/2008 e 2014; dentre outras).

Trazer as diversidades étnicas, culturais, epistemológicas para o campo da saúde no cuidado comunitário é um grande desafio para o qual não há receita prévia. Isso precisa ser enfrentado no exercício do diálogo intercultural crítico (FLEURI, 2003), para o qual a educação popular tem contribuições significativas a fazer, sem negar as tensões colocadas. Revitalizar, atualizar e capilarizar a PNEP-SUS é um salto necessário à qualificação para uma atenção básica que exercite seu potencial participativo e transformador.

Enraizando a saúde coletiva: o Bem Viver

Os movimentos permanentes no território não são passíveis de captura completa, portanto os profissionais de saúde precisam ocupar também o lugar de aprendizes: se despirem de certezas, estarem abertos aos deslocamentos de seus saberes acadêmicos acumulados e escutarem relatos de vida com as outras perspectivas – vistas do ponto de seus narradores (MERHY, 2014). Levar em conta o perspectivismo que Viveiros de Castro (2015) aponta, pode ser um bom começo.

Há uma autonomia comunitária em gestão cotidiana, há saberes e práticas tradicionais/populares de cura (que a antropologia clássica conceituou como eficácia simbólica) e há vivências que não se encaixam nas análises a partir da ótica exclusiva da Biomedicina. Com semelhante estranhamento diante do que não conseguem explicar, os profissionais de saúde precisam se colocar no lugar de quem está sendo estudado pelas pessoas as quais cuidam.

Desenhar e construir projetos compartilhados entre a comunidade e os profissionais da atenção básica no território requer relações de menos assimetrias, em prol do bem-estar coletivo. Nessa perspectiva, o que moveria a atenção básica na saúde não seria o enfoque exclusivo no combate de doenças. Mais que isso, se intencionaria o bem-estar das pessoas da coletividade, estando incluídos os próprios trabalhadores dos serviços de saúde. Alguns povos originários na América Latina experienciam modalidades de cooperação comunitária e cuidado coletivo extensivo a todos os seres que compartilham o mesmo território. Para algumas dessas experiências, que, embora não sejam sinônimas, trazem confluências (*sumak kawsay* em kichwa; *suma qamña* em aymara; *nhandereko* em guarani; dentre outras), estudiosos nomearam sinteticamente de Bem Viver (ACOSTA, 2016).

No campo brasileiro da Saúde Coletiva, a temática do Bem Viver tem emergido com força em vários fóruns internos e nas interfaces com outras áreas afins¹¹. Visibilizar e saudar a potência criativa, os saberes e as práticas dos diversos grupos populacionais em seus territórios de existência para “adiar o fim do mundo” são aprendizagens que a academia tem por vivenciar. Nesse sentido, a questão necessária que a academia e as instituições formadoras precisam enfrentar, principalmente nos países latino-americanos, asiáticos e africanos, é a problematização da colonialidade epistemológica que, até os dias atuais, dominam seus processos e produções (PALERMO, 2014).

Os princípios do Bem Viver

Muitos povos originários do continente de “Abya Yala” (Américas), bem como dos continentes africano e austral, foram dizimados ou subalternizados pelos violentos processos de colonização e escravização impostos ao longo da história da humanidade. Entretanto, suas cosmovisões resistem e re-existem de múltiplas formas. Mediante escuta intensa e sensível,

¹¹ VIII Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas na Saúde “Igualdade nas Diferenças: Enfrentamentos na Construção Compartilhada do Bem Viver e o SUS”, ocorrido no período de 26 a 30 de setembro de 2019 na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa.

podemos aprender com esses povos a restabelecer nossos modos de vida e de produção segundo os princípios ancestrais, que aqui indicamos com o conceito de “Bem Viver”.

A literatura sobre o Bem Viver (WALDMÜLLER, 2014; BENTO, 2018) apresenta de forma mais ou menos ampla seus princípios. Acosta (2016, p. 33) indica resumidamente os princípios de “reciprocidade, relacionalidade, complementariedade e solidariedade entre indivíduos e comunidades” como bases do Bem Viver “para formular visões alternativas de vida”. Walsh (2009) também descreveu a relacionalidade, a correspondência, a complementariedade e a reciprocidade como princípios do Bem Viver. E Macas (2014), por sua vez, traz os mesmos quatro princípios, porém denomina “integralidade” a que Walsh (2009) apresenta como “correspondência”.

O princípio da relacionalidade refere-se à interdependência entre todos os elementos da realidade social, natural e sobrenatural, interconectados de forma a se complementar e autorregular (WALSH, 2009). “La idea de la relacionalidad se extiende a cualquier actividad – lo que un individuo hace, tiene repercusiones en su entorno, sea este humano, natural o sobrenatural” (ALTMANN, 2016, p. 59). Desse princípio derivam os demais. “La relacionalidad constituye todo un tejido; los elementos de una realidad se entrelazan mutuamente entre sí, en función de posibilitar la totalidad, la integralidad, la vida” (MACAS, 2014, p. 188).

O segundo princípio se refere à correspondência ou integralidade: a relação harmoniosa entre os componentes da realidade corresponde a uma matriz inerente ao conjunto de todos os seres existentes. “ Los elementos de la existencia no es posible que se desarrollen por separado, sino, desde una matriz integral, dentro del conjunto de esa totalidad” (MACAS, 2014, p. 187). A relação de correspondência existe desde e entre os vários níveis de relação possíveis. Assim, na visão indígena andina, “el orden cósmico de los cuerpos celestes, las estaciones, la circulación del agua, los fenómenos climáticos y hasta lo divino tiene su correspondencia (es decir, encuentra respuesta correlativa) en el ser humano y sus relaciones económicas, sociales y culturales” (MALDONADO, 2014, p. 204).

A complementariedade, terceiro princípio do Bem Viver, indica a lógica de realização dos dois primeiros. De acordo com esse princípio, as dualidades (em que a lógica ocidental enfatiza a relação de oposição e de mútua exclusão), na filosofia indígena andina, são entendidas como relações entre elementos que, ao se diferenciarem, são mutuamente complementares e essenciais para que a vida se realize. Assim, cada elemento ou dimensão do sistema-cosmos, bem como os outros dos quais se diferenciam e se excluem, são forças necessárias que convivem, se relacionam e devem se manter equilibradas. Entende-se que

tudo o que existe possui energias negativas e positivas que desagregam e que agregam, sejam animais, plantas ou seres humanos. A continuidade da vida depende que elas se complementem. Ou seja, “cada ente y cada acontecimiento tienen como contraparte un complemento, como condición necesaria para ser completo y ser capaz de existir y actuar. Los diversos se complementan” (MALDONADO, 2014, p. 204). “Por cuanto nada es incompleto, todo es integralidad, relacionalidad y complementariedad; desde su complejidad y desde la dinámica de los principios, se genera la armonía y el equilibrio (MACAS, 2014, p. 187).

Assim, o mal, a doença, a morte são entendidos como desequilíbrios na interação entre os diferentes seres e entre seus respectivos contextos. São “passagens” fluídas de um padrão relacional para outro, na busca de reequilíbrio e vitalidade. Não são propriedades fixas inerentes aos elementos isolados. A potencialização da complementariedade entre os seres é o que permite estabelecer o fluido equilíbrio vital, em harmonia e correspondência com o cosmos.

Por fim, o quarto princípio, o da reciprocidade, estabelece que a cada ação corresponde uma reação, tanto na relação entre os seres humanos, como na relação deles com o universo (WALSH, 2009). Trata-se de uma prática social e econômica de organização da vida comunitária pautada em relações solidárias e de assistência mútua (MACAS, 2014). A prática da reciprocidade é fundamental e sustenta a organização comunitária de povos indígenas andinos, exigindo que “a cada acto humano o divino se debe corresponder, como finalidad integral, con un acto recíproco y complementario equivalente entre sujetos. Dar para recibir es una obligación social y ética” (MALDONADO, 2014, p. 204). Com base nesse princípio, as comunidades indígenas controlam o excedente, evitando o acúmulo e praticando a redistribuição. “La reciprocidad es una práctica de prestigiamiento social, de abundancia económica, de legitimidad política y de fortaleza espiritual. A través de ella se redistribuyen los excedentes y se logra un equilibrio social y económico” (MALDONADO, 2014, p. 200).

Em suma, as cosmovisões de povos originários ancestrais nos ensinam a Bem Viver, ou seja, a viver e conviver em plenitude, de forma a promover relações e contextos de harmonia, potencializando relações integrais, correspondentes aos princípios cosmológicos, mediante a ativação da complementariedade e reciprocidade entre todos os seres vivos – sejam humanos, naturais e espirituais.

O que estamos aprendendo com as cosmovisões originárias para a saúde coletiva

Não há de se especular ou romancear as formas de vida e as cosmologias dos povos originários e/ou outros grupos populacionais (diversos dos nossos próprios). Mas uma questão urgente que a academia e as instituições formadoras precisam enfrentar, principalmente nos países do sul global, é a problematização da colonialidade epistemológica que até os dias atuais dominam seus processos e produções. No diálogo com as culturas ancestrais dos povos originários, a compreensão de outras possibilidades de convivência harmoniosa com a “Mãe Natureza”, pode nos desvelar possibilidades de reconstruir criticamente as políticas de cuidado e de saúde coletiva, na perspectiva do Viver em Plenitude (ou Bem Viver).

“Viver em Plenitude” implica em superar radicalmente a lógica de consumismo que permeia a cultura capitalista. Ela, ao contrário do Bem Viver, está baseada na apropriação privada dos meios de produção e das riquezas produzidas coletivamente, mediante a sujeição da força de trabalho da maioria das pessoas e da exploração predatória dos seres da natureza. Com outra vista do ponto, na cosmovisão de vários povos originários, a percepção da conexão complexa com o entorno onde vivemos – incluindo todos os seres que coexistem, visíveis e invisíveis – implica em potencializar e articular as múltiplas dimensões (subjéctivas, intersubjéctivas, econômico-políticas, sociais, culturais, espirituais) das relações integrais de complementariedade e reciprocidade entre todos que constituem a Mãe Natureza. Nesse sentido, o cuidado com a “saúde” dos seres humanos requer cultivar suas relações vitais de harmonia entre todos os seres que constituem o nosso mundo.

Com a pandemia de Covid-19, a visibilidade de tais cosmovisões tem se ampliado nas redes sociais. Algumas leituras chegam a apontar que a pandemia seria uma oportunidade para humanidade rever e reverter sua própria trajetória, no sentido de superar a visão individualista, antropocêntrica e capitalista legada pela modernidade.

Urge o consenso de que apenas sistemas de saúde completos, equitativos e universalmente acessíveis sejam a única maneira eficaz de se tratar a epidemia do Covid-19 (KATZ, 2020). Essa solução já fora expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, ao propor que os Cuidados Primários de Saúde não se restringem ao setor da saúde, mas decorrem de todas as dimensões econômicas, socioculturais e políticas dos países e das suas comunidades, incluindo a educação e participação comunitária, a nutrição apropriada, provisão de água de boa qualidade e saneamento básico, envolvendo a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações, entre outros.

Uma das brechas que a Saúde Coletiva tem aberto para assimilar contribuições de cosmovisões originárias são as Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS). Elas são recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais indicados para prevenir e/ou serem utilizados de forma complementares à Biomedicina em processos de adoecimento. Em confluência das recomendações da OMS¹² e a pressão de praticantes e de movimentos de adeptos a outras racionalidades terapêuticas, o MS oficializou a oferta de PICS no SUS em 2006. Até a última portaria (2019) estavam incluídas 29 modalidades: Antroposófica/Antroposofia Aplicada à Saúde, Apiterapia, Aromoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Medicina Tradicional Chinesa, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais/Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia Floral, Termalismo Social/Crenoterapia e Yoga.

É importante remarcar que dentre as práticas reconhecidas na Política Nacional de PICS (PNPIC), estão ausentes às relacionadas aos povos originários e aos africanos que no país chegaram sequestrados e escravizados, destoando, assim, da pertinência ao arcabouço histórico-étnico-cultural das classes populares.

Moebus e Merhy (2017) lembram que, já em seus documentos iniciais, a OMS propõe que o reconhecimento das “Medicinas Integrativas” levasse em conta a construção do pertencimento sócio-afetivo-cultural dos grupos populacionais. São muitas as etnias indígenas brasileiras e cada qual tece sua cosmologia de cura e cuidado. Da mesma forma, os diversos povos da floresta, os quilombolas, os ribeirinhos, entre outros, cultivam práticas de vida e saúde de raízes culturais ancestrais. Uma possível convergência entre elas é a conectividade com seus territórios existenciais, tecidos cotidianamente com os seres visíveis e invisíveis que os compartilham. Ao excluir do repertório das PICS essas diversidades, o MS brasileiro, distintamente de outros países latino-americanos, sinaliza ainda uma pegada colonialista.

Entretanto, mais do que admitir práticas xamânicas, de pajelança ou de medicinas populares, como modalidades de atendimento à saúde dentro do SUS, o desafio implica em reconfigurar a própria concepção de vida e saúde, bem como os princípios orientadores dos sistemas estatais de cuidado da saúde.

¹² A OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional na década de 1970. Publicou, posteriormente, o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”.

No contexto da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, “a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural” (BRASIL, 2006). Ao se enraizar tal concepção nas cosmovisões holísticas de povos ancestrais, somos convidados a superar a visão liberal individualista e antropocêntrica da pessoa. A “singularidade do sujeito”, entendida segundo o princípio da relacionalidade, é constituída na interconexão entre todos os elementos da realidade social, natural e sobrenatural, de modo que a complexidade de todas as dimensões da vida interferem na vida singular e as atividades do sujeito repercutem fractalmente em todo o seu contexto social, ambiental, espiritual. Assim, o cuidado com a manutenção do equilíbrio vital de todo ambiente (Gaia, Pachamana) é determinante para a saúde de cada pessoa e vice-versa. O cuidado da saúde de cada pessoa requer a preservação e a promoção sistêmica da vida no Planeta Terra, o que implica necessariamente a subversão do sistema-mundo gerador da exploração predatória dos “recursos”¹³ naturais, bem como da violenta desigualdade social, que vêm se globalizando.

Nesse sentido, o princípio da integralidade – que no contexto da Atenção Básica à Saúde supõe “o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças” (MENDES, 2009, p. 57) – interpela-nos a considerar as dimensões ambientais e espirituais dos processos de saúde-doença, uma vez que todos os fenômenos naturais e climáticos, e mesmo os espirituais, têm sua correspondência na vida do ser humano e de suas relações econômicas, sociais, culturais.

E ainda, inspirados pelos princípios do Bem Viver, que enfatizam a complementariedade e a reciprocidade, podemos entender que a saúde humana, inclusive o vigor do seu sistema imunológico, decorre do equilíbrio entre forças opostas e complementares que constituem o contexto vital, interconectando-se por reciprocidade nas dimensões subjetivas, sociais, econômico-políticas, culturais, ambientais, espirituais.

Os princípios do Bem Viver, em suma, nos interpelam a ativar ancestralidades não capturadas pelo modelo exclusivamente biomédico. A trajetória da educação popular – no campo da saúde e na práxis de renomados e anônimos ativistas nos últimos cinquenta anos – implica em maior permeabilidade polifônica e polissêmica na tessitura compartilhada de outros mundos possíveis, nos quais o Viver em Plenitude seja o inédito viável.

¹³ Nas cosmologias ancestrais ameríndias, os rios, as montanhas, os mares, as árvores, os bichos não são recursos para uso irrestrito e indevido humano. Na medida da necessidade da coletividade, que não acumula nem mercantiliza extensivamente, há de se pedir licença à Patchamama, para a coleta e a utilização das propriedades curativas, nutricionais e outras de seus seres.

Com a constituição de uma maior capilaridade de redes protetoras nos territórios de vida, integrando a atenção básica (cuidado de vizinhança), e a concepção de saúde vinculada à reciprocidade e cooperação¹⁴, pode ser que, quando outras pandemias ou eventos de calamidade coletiva acontecerem, as lições do Covid 19 não tenham sido em vão. Para tal, indubitavelmente teremos que inventar outros caminhos de cuidado.

Referências

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Elefante, 2016. 264p.

ALTMANN, P. Buen Vivir como propuesta política integral: dimensiones del Sumak Kawsay. **Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública**, Quito, v. 3, n. 1, p. 55-74, maio 2016. Doi: 10.17141/mundosplurales.1.2016.2318.

BENTO, K. L. **Povo Laklãnô/Xokleng e/em processos de decolonização**: leituras a partir da Escola Indígena de Educação Básica Vanhecu Patté – Aldeia Bugio/Terra Indígena Ibirama/SC. 2018. 245 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2006.

FLEURI, R. (org.) **Educação intercultural**: mediações necessárias. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

KOPENAWA, D.; BRUCE, A. **A Queda do céu**: palavras de um xamã yanomani. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MACAS, L. El Sumak Kawsay. *In*: HIDALGO-CAPITÁN, A. L.; GARCÍA, A. G.; GUAZHA, N. D. (ed.). **Sumak Kaesay Yuyay**: antología del pensamiento indigenista ecuatoriano sobre Sumak Kawsay. Huelva y Cuenca: FIUCUHU, 2014. p. 177-192.

MALDONADO, L. El Sumak Kawsat/Buen Vivir/Vivir Bien: la experiencia de la República del Ecuador. *In*: HIDALGO-CAPITÁN, A. L.; GARCÍA, A. G.; GUAZHA, N. D. (ed.).

¹⁴ Na superação do antropocentrismo com vista ao ecocentrismo, ou seja, a assertiva dos direitos de todos os seres ao invés do domínio e subjunção aos interesses exclusivamente dos humanos. Para tal, certamente será necessário enfrentar indubitavelmente as desigualdades de direitos e acessos a eles, existentes entre os próprios humanos.

Sumak Kaesay Yuyay: antología del pensamiento indigenista ecuatoriano sobre Sumak Kawsay. Huelva y Cuenca: FIUCUHU, 2014. p. 193-210.

MBEMBE, A. **Necropolítica.** São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. *In:* CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.** Brasília, DF: CONASS, 2009. (Anexo II).

MERHY, E. **As vistas do ponto de vista:** tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, 2002. Doi: 10.1590/S1414-32832000000100009.

MOEBUS, R.; MERHY, E. E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 145-152, 2017. Doi: 10.18310/2446-4813.2017v3n2p145-152.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/DeclaracaodeAlmaAta.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

PALERMO, Z. **Para uma pedagogia decolonial.** Buenos Aires: Del Signo, 2014.

SANTOS, G. W. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 1, p. 19-32, 2006. Doi: 10.1590/S1981-77462006000100003.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Metafísicas canibais:** elementos para uma antropologia estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

WALDMÜLLER, J. Buen vivir, Sumak Kawsay, “Good living”: an introduction and overview, **Alternautas**, London, v. 1, n. 1, p. 17-28, 2014. Disponível em: <http://www.alternautas.net/blog/2014/5/14/buen-vivir-sumak-kawsay-goodliving-an-introduction-and-overview> . Acesso em: 19 ago. 2019.

WALSH, C. **Interculturalidad, Estado, Sociedad:** luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Andina Simon Bolívar/Abya Yala, 2009.