



Mesa-Redonda
Internacional

Saúde, **Cidadania**
e Direitos no Século XXI

Organizador
Prof. Me. Pedro Adjedan David de Sousa

**Experiências de humanização na Europa
e América Latina e a importância de
compreensão das identidades territoriais
no contexto do Antropoceno**

ANO 2025

ISBN: 978-85-65221-77-1

DOI: 10.29327/1865803



ISBN: 978-85-65221-77-1

DOI: 10.29327/1865803

**MESA REDONDA INTERNACIONAL
SAÚDE, CIDADANIA E DIREITOS NO SÉCULO XXI
EXPERIÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO NA EUROPA E NA AMÉRICA LATINA E A
IMPORTÂNCIA DE COMPREENSÃO DAS IDENTIDADES TERRITORIAIS NO
CONTEXTO DO ANTROPOCENO**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO – BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB – BRASIL
UNIVERSIDADE DE POITIERS – FRANÇA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EM
ANTROPOLOGÍA SOCIAL – OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EM
MEXICO – CIESAS – MÉXICO
OBSERVATÓRIO IBEROAMERICANO SAUDE E CIDADANIA –
PORTUGAL/ESPANHA**

Juazeiro do Norte-CE, 2025

Unileão – Centro Universitário
Fundado em 29 de junho de 2001 por Vladenir Pontes de Menezes

REITOR

Jaime Romero de Sousa

VICE-REITOR

Deoclécio Justino Azevedo Said

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Sandra Figueiredo de Oliveira

PRÓ-REITORA PEDAGÓGICA

Sônia Izabel de Sousa

COORDENADORA DE PESQUISA E EXTENSÃO

Marcia de Sousa Figueiredo

ORGANIZADOR DA MESA

Prof. Me. Pedro Adjedan David de Sousa

Avenida Maria Letícia Leite Pereira s/n, Lagoa Seca – Cidade Universitária, Juazeiro
do Norte – CE, 63040-405

www.unileao.edu.br

(88) 2101 1000

Ficha Catalográfica

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

Mesa redonda internacional saúde, cidadania e direitos no século XXI [livro eletrônico] : experiências de humanização na Europa e na América Latina e a importância de compreensão das identidades territoriais no contexto do antropoceno / organização Pedro Adjedan David de Sousa. -- 1. ed. -- Juazeiro do Norte, CE : Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - Unileão, 2026.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-65221-77-1

1. Antropoceno 2. Cidadania 3. Direitos humanos
4. Identidade 5. Saúde 6. Território I. Sousa,
Pedro Adjedan David de.

26-361493.0

CDD-301.07

Índices para catálogo sistemático:

1. Antropologia : Estudo e ensino 301.07

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

APRESENTAÇÃO

A presente publicação nasce como memória acadêmica da Mesa-Redonda Internacional “Saúde, Cidadania e Direitos no Século XXI: experiências de humanização na Europa e América Latina e a importância de compreensão das identidades territoriais no contexto do Antropoceno”, realizada no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão, reunindo pesquisadoras e pesquisadores do Brasil, da França, de Portugal e do México em torno de um diálogo profundamente necessário para o nosso tempo.

Esta publicação se configura como uma ferramenta disseminação de ideias, experiências e inquietações que emergiram do encontro entre diferentes áreas do conhecimento, distintas territorialidades e múltiplas formas de compreender a saúde, a cidadania, os direitos e a própria condição humana diante das transformações contemporâneas.

Trata-se de uma obra construída a partir da convergência entre Antropologia, Saúde, Direito e Humanidades, num movimento transdisciplinar que reconhece a complexidade do presente e a necessidade de ultrapassar fronteiras epistemológicas e ortodoxas que se estabelecem no processo de formação em saúde, cuja discussão, frente a dinâmica do antropoceno, se faz urgente.

A realização desta mesa-redonda representa um marco importante para a Unileão e para a região do Cariri cearense, em função de nosso território ser historicamente marcado por significados e representações culturais, religiosas, políticas, econômicas, tradicionais ou não, que transcendem o tempo e o espacialidade do lugar. Portanto, promover um evento internacional dessa natureza significa afirmar o compromisso institucional com uma formação acadêmica conectada às grandes discussões globais e, ao mesmo tempo, significa reconhecer que os desafios contemporâneos da saúde não podem mais ser compreendidos exclusivamente a partir de perspectivas ortodoxas, conservadoras, exigindo abertura para visões heterodoxas de saúde e doenças, em função dos determinantes sociais, culturais, ambientais e territoriais na lógica do antropoceno.

Nesse sentido, a iniciativa insere-se diretamente na política de internacionalização da Unileão, conduzida pela Coordenação de Pesquisa e Extensão – COPEX, fortalecendo redes de cooperação acadêmica e científica entre instituições brasileiras, europeias, latino-americanas e nos inserindo no circuito global da produção de conhecimento.

A presença de pesquisadoras e pesquisadores vinculados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), à Université de Poitiers (França), ao CIESAS – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (México), ao Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship, entre outras instituições parceiras, reafirma a importância da construção de pontes interculturais capazes de ampliar horizontes de pesquisa, ensino e extensão.

Os textos aqui reunidos refletem trajetórias intelectuais de reconhecida relevância em suas respectivas áreas.

Alicia Gonçalves, professora pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, apresenta reflexões fundamentais acerca dos saberes tradicionais de cura e das ressonâncias da Antropologia na formação em saúde em tempos de Antropoceno, articulando práticas culturais, territorialidades e epistemologias do cuidado.

A pesquisadora Armelle Jacquemot, da Université de Poitiers, contribui para o debate ao relacionar água, cidadania e saúde a partir de experiências etnográficas desenvolvidas em Recife, revelando as interdependências entre ambiente, desigualdade social, políticas públicas e a interseccionalidades possíveis.

Maristela Oliveira, professora aposentada e pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, discute os complexos processos de circulação de conhecimentos sobre plantas medicinais, problematizando as tensões entre transferência e troca de saberes, bem como suas implicações jurídicas e institucionais, sobretudo, os aspectos que dizem respeito aos produtores desses saberes ancestrais nos territórios de suas pertenças.

No campo da extensão em odontologia, a professora Heloísa Pinho, também vinculada a Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em diálogo entre Brasil e Portugal por força de seu pós-doutorado, apresenta reflexões sobre humanização, cuidado e cidadania a partir das experiências do Projeto ERO, evidenciando a função política e social do cuidado em saúde no âmbito de sua atuação.

Representando o Observatório Iberoamericano Saúde e Cidadania, também professor visitante da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, o professor José Caldas Peixoto, articula experiências entre Portugal, Espanha e Brasil, inserindo o debate da medicina social nas interfaces entre saúde, direito e cidadania, ampliando as possibilidades de compreensão crítica das políticas de saúde contemporâneas.

A pesquisadora latino-americana María Graciela Freyermuth, do CIESAS/México, oferece uma importante reflexão sobre participação cidadã, humanização do parto e a atuação das parteiras tradicionais no México, revelando as

disputas políticas e epistemológicas em torno dos modelos do partear e suas implicações no processo de construção de políticas públicas de saúde.

A diversidade dessas contribuições evidencia a centralidade da Antropologia para o campo da saúde no século XXI. Em um cenário marcado pela intensificação das desigualdades sociais, pela crise ambiental global, pela medicalização crescente da vida e pela fragmentação das experiências humanas, a Antropologia emerge como um campo capaz de indicar reflexões profundas às experiências do adoecimento, do cuidado e da vida social. Ela nos permite compreender que saúde/doença é fenômeno biológico, cultural, político, econômico, espiritual e territorial.

É justamente nesse ponto que o conceito de Antropoceno assume importância decisiva para as reflexões presentes nesta publicação. O Antropoceno não diz respeito apenas às alterações climáticas ou aos impactos ambientais provocados pela ação humana. Há, nesse contexto, um processo de transformação profunda das relações entre natureza, cultura, tecnologia, território e subjetividade.

Trata-se de uma era marcada por colapsos ecológicos, deslocamentos populacionais, crises sanitárias, insegurança hídrica, destruição de ecossistemas e aprofundamento das vulnerabilidades sociais.

Seus efeitos atravessam diretamente os modos de adoecer, cuidar, alimentar-se, habitar territórios e exercer cidadania.

Nesse contexto, pensar saúde implica pensar também as territorialidades, identidades culturais, saberes tradicionais, desigualdades estruturais, sofrimento social e a urgente questão ambiental. Significa reconhecer que o cuidado em saúde, para além das técnicas e protocolos, envolve, sobretudo, as relações humanas, o processo de pertencimento e reconhecimento da diversidade cultural dos sujeitos e dos territórios.

Por essa razão, esta publicação assume especial relevância para cursos como Medicina, Direito, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Odontologia, Biomedicina e demais áreas da saúde e das ciências humanas. Apropriar-se dessas discussões significa ampliar os horizontes formativos e compreender que os desafios contemporâneos exigem profissionais capazes de atuar de forma reflexiva, observando-se o multiculturalismo e a interculturalidade numa tentativa de formação humanizada, exigindo reconhecer que o fazer clínico é atravessado pelos aspectos culturais, que os territórios produzem formas próprias de cuidado, e que a cidadania em saúde depende da capacidade de compreender sujeitos em suas múltiplas dimensões.

Com esta publicação, o Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – Unileão, reafirma seu papel como instituição comprometida com a produção de conhecimento

baseado no ensino, na pesquisa e na extensão, internacionalmente articulado e academicamente relevante.

Em uma região historicamente atravessada por intensas experiências culturais e por profundas desigualdades sociais, promover um debate internacional dessa natureza representa um forte avanço acadêmico, um gesto político de valorização da ciência, da diversidade de saberes e da dignidade humana como pressuposto básico da cidadania.

Que os textos aqui reunidos possam inspirar novas pesquisas, fortalecer redes de colaboração e ampliar as possibilidades de diálogo entre saúde, antropologia, direitos e sociedade. Que esta publicação permaneça como memória de um encontro, mas, sobretudo, como abertura para novos caminhos de reflexão e transformação.

Prof. Me. Pedro Adjedan David de Sousa
Organizador da Mesa e da publicação
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão
Doutorando em Antropologia – PPGA – UFPB

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
ABERTURA	12
Pedro Adjedan David de Sousa	
SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS EN EL SIGLO XXI: LA MEDICINA SOCIAL COMO HORIZONTE CRÍTICO	13
José Manuel Peixoto Caldas	
SABERES TRADICIONAIS DE CURA, ANTROPOLOGIA E ANTROPOCENO: RESSONÂNCIAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE	17
Alícia Ferreira Gonçalves	
EVIDENCIA DESDE LA EXPERIENCIA: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN EL DEBATE DE LA NORMA SOBRE PARTERÍA EN MÉXICO	22
Graciela Freyermuth Enciso Hilda Eugenia Argüello Avendaño	
TRANSFERÊNCIA OU TROCA DE SABERES SOBRE PLANTAS MEDICINAIS: IMPLICAÇÕES LEGAIS, COLABORAÇÕES INSTITUCIONAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS	36
Maristela Oliveira de Andrade	
ÁGUA, CIDADANIA E SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA PESQUISA EM RECIFE	41
Armelle Jacquemot	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
AGRADECIMENTOS	55

DEBATEDORA(E)S

Profa. Dra. Alícia Ferreira Gonçalves

Graduada em Ciências Sociais pela Unicamp. Mestre em Política Científica e Tecnológica - Departamento de Política Científica e Tecnológica - IG- Unicamp. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós Doutora em Antropologia Social por Ciesas/Sureste. Professora Titular na Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Ciências Sociais - Programa de Pós-Graduação Em Antropologia (PPGA). Linhas de pesquisa: "Políticas Sociais e Desenvolvimento" e "Território, Identidade e Meio Ambiente". Coordenadora do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Cultura, Sociedade Ambiente" (GIPCSA). Em 2017 coordenou a Escola de Altos Estudos: "Sociedade, Cultura e Ambiente" na UFPB com patrocínio da Capes: <<https://escolaaltosestudios.wixsite.com/ufpb>><https://orcid.org/0000-0001-7926-8998>.

Profa. Dra. María Graciela Freyermuth Enciso

É Doutora em Antropologia Social pela Universidad Autónoma de México e atua como pesquisadora titular no Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Unidade Sudeste desde 1988. Seus campos de interesse incluem saúde reprodutiva, saúde dos povos indígenas, violência de gênero, políticas de saúde em contextos multiculturais, migração e, especialmente, morte materna e mortalidade feminina na região dos Altos de Chiapas e em âmbito nacional. Recebeu reconhecimentos acadêmicos em nível nacional e estadual e é membro do Sistema Nacional de Pesquisadores. Além disso, tem desempenhado papéis importantes em organizações, conselhos e comitês relacionados à saúde materna no México e às políticas públicas.

Profa. Dra. Maristela Oliveira de Andrade

É Professora Titular aposentada da Universidade Federal da Paraíba. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (1978), Especialização em Antropologia Cultural (UFPE) (1984) e doutorado em Étude Latino-Américaine/ Anthropossociologie des Religions - Institut de Hautes Études de Amérique Latine - IHEAL, Université de Paris III (Sorbonne-Nouvelle) (1983). Criou o Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Cultura, Sociedade e Ambiente (2012) do qual é coordenadora adjunta. Desde 2023 vem atuando como editora da *Áltera Revista de Antropologia* do PPGA/UFPB com dois números anuais. Desenvolve atividades principalmente nos seguintes temas: Território, populações tradicionais, desenvolvimento e meio ambiente e políticas públicas, bem como no campo da religião e religiosidades, movimentos religiosos contemporâneos.

Profa. Dra. Armelle Jacquemot

É antropóloga, professora e pesquisadora da Universidade de Poitiers, onde coordena o Mestrado em Antropologia, Etnografia e Escritas Audiovisuais. Membro do laboratório MIGRINTER (UMR 7301) e do Institut Convergences Migrations, desenvolve pesquisas no Brasil desde a década de 1990, com foco em saúde, religiosidade, meio ambiente e migrações. Especialista em antropologia da saúde, Jacquemot investiga as relações entre corpo, doença e espiritualidade, analisando as práticas terapêuticas afro-brasileiras e os determinantes sociais e ambientais da saúde. É autora de obras como *Urgências e Emergências em Saúde* (Editora Fiocruz, 2005). Reconhecida também por sua contribuição à antropologia visual, utiliza o cinema e a fotografia como instrumentos de pesquisa e difusão científica. Sua trajetória reflete uma antropologia engajada, interdisciplinar e sensível às experiências humanas de cuidado, território e pertencimento.

Profa. Dra. Heloisa Helena Pinho Veloso

Atualmente é professora Titular do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba, Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (1980); Pós Doctor em Medicina e Cirurgia pela Faculdade de Medicina do Porto(FMUP) ; Pós doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) ;Doutora em Medicina Dentária-PT, pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto -PT; Doutora em Endodontia pela Universidade de Pernambuco Faculdade de Odontologia de Pernambuco (2005); Mestre em Odontologia (Dentística e Endodontia) pela Universidade de Pernambuco (1997); Especialista em Saúde Pública (1991) Especialista em Endodontia(1994) e Pós-graduação em Periodontia, Prótese e Implantodontia . Investigadora do ISPUP(Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Docente Permanente do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família-UFPB; Coordenadora da Especialização em Saúde Pública Oral -UFPB/DOR; Líder dos Grupos de Pesquisa CNPQ: ERO- Endodontia e reabilitação oral (UFPB) e, o CPO - Cuidados Paliativos na Odontologia: Criadora e Coordenadora do Programa :ERO- Determinantes Sociais na Prevenção e Reabilitação do Paciente com Câncer desde 2009; Vice diretora do Laboratório Ibero-americano de Saúde e Cidadania . Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Endodontia e Saúde Pública atuando principalmente nas seguintes linhas de pesquisa: Câncer bucal; Saúde Pública; Reabilitação oral ; Restauração do Dente tratado Endodonticamente; Envelhecimento bucal; Lesão Endo-Perio.

Prof. Dr. José Manuel Peixoto Caldas

Professor Visitante de Antropologia no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Pesquisador Sênior do Instituto Ibero-americano e Professor Visitante na Faculdade de Direito da Universidade de Salamanca; Pesquisador Sênior no Centro Interdisciplinar de Estudos de Gênero do Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (2021/2023); Professor Titular do Mestrado em Gerontologia da UFPB; Professor Visitante de Cuidados Paliativos e Saúde Pública no Departamento de Odontologia Restauradora do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (2017/2021); Pesquisador Visitante da USP/FAPESP na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2018/2019); Coordenador do Grupo de Pesquisa “Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania”; Professor Titular de Sociologia das Organizações Hospitalares no Mestrado em Políticas de Saúde e Bem-Estar do Instituto de Humanidades e Ciências da Saúde da Fundación Ortega y Gasset; Pesquisador Integrado do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP); Professor Visitante de Saúde Pública na Universidade de Fortaleza – UNIFOR (2015/2017); Professor Visitante de Sociologia da Saúde no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (2014/2015); Pesquisador Sênior da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; Professor Associado no College of the Americas – Organização Interamericana de Educação Superior (2012/2016); Pesquisador Auxiliar da FCT no CIIE – Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (2009/2014).

Responsável pela Cátedra em Educação, Gênero e Saúde e coordenador do Mestrado em Gênero(s), Diversidade, Saúde Sexual e Reprodutiva no College of the Americas (COLAM-OUI) (2012/2016). É Diretor do Observatório Ibero-americano de Saúde e Cidadania (<http://www.ccs.ufpb.br/iohc/>) e da Revista Ibero-americana de Saúde e Cidadania (ISSN 2182-4185).

ABERTURA

Vivemos um contexto de complexidades sem precedentes na história. E mesmo sendo a História, a ciência do homem no tempo, como afirma Marc Bloch, até mesmo os historiadores encontram dificuldades em construir um percurso narrativo sobre as grandes e profundas transformações que seguem em curso.

Desde o século XVIII, quando se instaura o fenômeno da industrialização, se desenha uma nova era que se materializa num certo presente contínuo, marcado pelas severas e impactantes intervenções antrópicas no meio ambiente e que, também de forma marcante, estão reverberando na condição humana e em todas as relações estabelecidas por nós. Afinal, os humanos, para além de sua condição de natureza, predominantemente, são resultantes de sua produção cultural que tem origem nas suas diversas imbricações.

Esse contexto, que se processa de forma contínua numa maquinaria do tempo e do espaço na feitura do humano e dos não humanos é marcado como uma nova era geo-antropológica: o antropoceno. É nele onde se constitui a atmosfera necessária à realização dos fenômenos sociais, culturais, políticos, espirituais e de todos os outros que compõem a nossa multidimensionalidade. É nele também onde se entrelaçam os elementos constitutivos desses mesmos fenômenos, como os sujeitos, suas relações e suas espacialidades territoriais.

Diante desse cenário, refletir sobre saúde, cidadania e direitos torna-se não apenas urgente, mas absolutamente necessário. As formas como adoecemos, cuidamos, reivindicamos direitos e constituímos vínculos sociais estão profundamente condicionadas por esse tempo de intensidades, incertezas e deslocamentos que caracteriza o Antropoceno.

Compreender a complexidade desse momento exige diálogo entre saberes, abertura para experiências diversas e a construção de elos entre territórios, culturas e práticas de cuidado. É nesse espírito que reunimos aqui pesquisadoras e pesquisadores, formando uma tessitura multicultural que nos ajuda a ampliar horizontes e a repensar nossas próprias práticas.

Que esta mesa-redonda seja um espaço de escuta sensível, de trocas profundas e de reconhecimento mútuo. Que possamos, juntos, construir caminhos capazes de fortalecer uma formação em saúde mais humana, mais comprometida com a vida e mais consciente de nossas responsabilidades diante das transformações do mundo contemporâneo. Declaro aberta a Mesa-Redonda Internacional: “Saúde, Cidadania e Direitos no Século XXI”. Sejam todas e todos muito bem-vindos.

Prof. Ms. Pedro Adjedan David de Sousa
Mediador

SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS EN EL SIGLO XXI:

LA MEDICINA SOCIAL COMO HORIZONTE CRÍTICO

José Manuel Peixoto Caldas
Médico e Sociólogo

Investigador Sénior de la Fundación Carolina – España
Investigador Principal del Instituto de Salud Pública de la Universidade do Porto –
Portugal

Agradezco a la Unileão – Centro Universitario Leão Sampaio la oportunidad de debatir, en un marco inter y multidisciplinario y a nivel internacional, el papel de la medicina social en el momento actual. Esta discusión resulta especialmente pertinente en un contexto en el que las desigualdades en salud, las transformaciones tecnológicas y las crisis sociales y ambientales interpelan de manera profunda los sistemas sanitarios contemporáneos.

La medicina social puede entenderse como uno de los pilares del futuro de la salud global, en la medida en que desplaza el foco de la enfermedad individual hacia los determinantes sociales de la salud, la equidad y la organización de los sistemas sanitarios. En lugar de limitarse al tratamiento de los síntomas, propone una comprensión estructural de los procesos de enfermar, orientada a enfrentar las causas sociales, políticas y económicas de la desigualdad en salud.

Relevancia para la salud global

La salud global contemporánea depende cada vez menos de la innovación tecnológica en sí misma y cada vez más de la capacidad de articular prevención, atención primaria, políticas públicas, inclusión digital y acción intersectorial. En este sentido, la salud planetaria, la cobertura universal y la reducción de las brechas en atención primaria se consolidan como ejes estratégicos para el futuro de la salud global. La medicina social ofrece, precisamente, un marco crítico para comprender por qué estas dimensiones no pueden ser abordadas de forma aislada, sino como parte de una misma arquitectura de justicia sanitaria.

Aportes conceptuales de la medicina social

Uno de los principales aportes de la medicina social consiste en cuestionar la reducción biomédica del proceso salud-enfermedad. Al reconocer la relevancia de la epidemiología social, el contexto cultural y las desigualdades de clase, género, territorio y raza, esta perspectiva amplía el campo de análisis y de intervención en salud. Desde esta mirada, la enfermedad no puede ser explicada únicamente por factores biológicos, sino también por condiciones materiales de vida, formas de organización del trabajo, exclusión social y acceso desigual a recursos y cuidados.

En consecuencia, la medicina social no solo describe desigualdades; también propone una orientación práctica para el diseño de sistemas de salud capaces de prevenir enfermedades vinculadas a la pobreza, al trabajo precario, a la urbanización desigual y a la exclusión de los cuidados. Su contribución, por tanto, no se limita a un plano interpretativo, sino que tiene implicaciones concretas en la formulación de políticas y en la reorganización de los servicios.

Humanización, antropología y experiencia del enfermar

La medicina social parte de la premisa de que la salud y la enfermedad también son producidas por la clase social, el trabajo, la pobreza, el género, las redes de apoyo y la exclusión, y no únicamente por factores biológicos. En este sentido, amplía la noción de ciudadanía al afirmar que el acceso a la salud depende de condiciones materiales, políticas públicas y del reconocimiento efectivo de la dignidad humana.

Asimismo, la disciplina critica el modelo biomédico aislado y propone una perspectiva social y cultural de la experiencia de enfermar. En este punto, la antropología adquiere un papel fundamental, al permitir comprender la diversidad de significados, trayectorias y prácticas que configuran la vivencia del paciente en contextos específicos. Como disciplina científica social, la antropología contribuye decisivamente a la humanización en salud.

En el siglo XXI, la humanización se ha convertido en un lenguaje central para la renovación de la medicina social, en la medida en que enfatiza la escucha, la dignidad, el vínculo y la integralidad del cuidado. Diversas revisiones sobre Iberoamérica muestran que la humanización es tratada como un imperativo ético y que han crecido las políticas, programas y estrategias orientadas a su promoción, aunque persiste la

necesidad de fortalecerlas desde una visión integral del ser humano. De este modo, la medicina social se articula con agendas contemporáneas de calidad asistencial y de respeto a los derechos del paciente.

Europa y América Latina

En Europa, la medicina social suele aparecer estrechamente vinculada a los determinantes sociales de la salud, a la salud pública y a las desigualdades producidas por clase, trabajo y ciclo de vida. En Portugal, por ejemplo, la formación en Medicina Social y Salud Global incluye de manera explícita la desigualdad, la pobreza, la exclusión social, los derechos humanos y la violencia estructural en su programa curricular. Este énfasis muestra cómo la medicina social se integra a un marco académico y político orientado a comprender las condiciones estructurales que producen enfermedad.

En América Latina, por su parte, el enfoque suele estar aún más marcado por la crítica a las desigualdades históricas, a la exclusión social y a la necesidad de humanizar los servicios. En esta región, la medicina social se inscribe con frecuencia en un horizonte de justicia social y de afirmación del derecho a la salud, lo que le confiere una densidad política y ética particularmente significativa.

Medicina social y salud colectiva

Conviene precisar que medicina social y salud colectiva no son términos sinónimos, aunque compartan una crítica al modelo biomédico. Desde un punto de vista conceptual, la medicina social enfatiza con mayor intensidad la determinación social de la enfermedad, las desigualdades y la dimensión político-estructural del proceso salud-enfermedad. La salud colectiva, en cambio, amplía este horizonte al incorporar también la organización de los servicios, la promoción de la salud, la gestión, la participación social y las necesidades de salud en un sentido más amplio.

Esta distinción no implica separación, sino complementariedad analítica. Ambas perspectivas contribuyen a desplazar el enfoque centrado exclusivamente en la clínica individual hacia una comprensión más amplia de los procesos sociales que configuran la salud y la enfermedad en las sociedades contemporáneas.

Ejes de acción para el siglo XXI

Desde una perspectiva práctica, las contribuciones de la medicina social pueden impulsar la ciudadanía y los derechos en el siglo XXI de manera estructurante. Algunos ejes de acción fundamentales son los siguientes:

- Promoción de la equidad en salud: mapear e intervenir sobre los determinantes sociales; ampliar el acceso universal y territorializado a los cuidados primarios y preventivos; presupuestar y monitorizar políticas con foco en la reducción de desigualdades.
- Fortalecimiento de los sistemas públicos y de la atención primaria: desarrollar modelos centrados en la comunidad, integrar el enfoque de Una Salud y consolidar redes de cuidado continuo.
- Participación social y ciudadanía activa: promover consejos y conferencias de salud con capacidad deliberativa, uso de datos comunitarios, educación popular en salud y alfabetización digital.
- Derechos humanos y marco legal: reconocer la salud como derecho y deber del Estado, establecer protecciones para poblaciones históricamente marginadas y crear mecanismos de rendición de cuentas.
- Integración entre salud y protección social: articular salud con asistencia social, vivienda, trabajo decente y alimentación adecuada.
- Innovación tecnológica con justicia social: desarrollar telesalud, inteligencia artificial y datos abiertos bajo principios de gobernanza ética.
- Salud urbana y ambiental: promover urbanismo saludable, preparación ante desastres y transición energética justa.
- Trabajo y salud laboral: fiscalizar condiciones de trabajo, prevenir accidentes y proteger frente a nuevas formas de exposición digital.
- Salud mental y lazos sociales: fortalecer redes psicosociales comunitarias y políticas de reducción de daños.
- Medición de impacto y gobernanza: incorporar indicadores más allá de la mortalidad, impulsar evaluación participativa y asegurar financiamiento sostenible.

Consideraciones finales

En síntesis, la medicina social ofrece un marco teórico y político particularmente fecundo para repensar la relación entre salud, ciudadanía y derechos en el siglo XXI. Su relevancia reside en mostrar que la salud no puede ser comprendida únicamente como un hecho biológico ni como un asunto técnico, sino como una construcción social atravesada por desigualdades, relaciones de poder y disputas por el acceso a la dignidad y al cuidado.

Desde esta perspectiva, la medicina social no constituye solo una alternativa entre otras para el futuro de la salud global, sino una condición necesaria para que dicho futuro sea equitativo, sostenible y verdaderamente universal.

SABERES TRADICIONAIS DE CURA, ANTROPOLOGIA E ANTROPOCENO: RESSONÂNCIAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Profa. Dra. Alicia Ferreira Gonçalves

Bom dia a todos e todas, é com imenso prazer que participo desta Mesa Redonda Internacional evento científico relevante que discute saúde e direitos humanos no século XXI, fruto da parceria entre PPGA-UFPB e a Unileão. Cumprimento os professores Marcia Souza, Cicero Torres, Marcus Belarmino, Pedro Adjedan nosso aluno no PPGA que possibilitou este encontro de saberes entre antropologia e saúde, dra Armelle Jacquemot da França, Heloisa Pinho UFPB, Jose Caldas da UFPB, Maristela Andrade UFPB, Maria Graciela de Ciesas, com quem temos feliz parceria desde 2016 por ocasião do meu pós-doutorado em Ciesas Sureste. Minha fala resgata os saberes tradicionais de cura e suas ressonâncias na formação em saúde no antropoceno.

Vivemos em um mundo que muitos autores denominam de Antropoceno ou Capitaloceno (Moore, 2016) ou ainda Chthuluceno (Haraway, 2016) — uma era geológica marcada pela ação humana como força transformadora do planeta. Essa marca, no entanto, não é neutra: ela carrega os rastros da destruição ambiental, da desigualdade social e da homogeneização cultural. Se considerarmos a perspectiva do capitaloceno (J.Moore, 2016) vamos observar que são as grandes corporações transnacionais com seus projetos de desenvolvimento os principais responsáveis pelas crises ambientais que afetam principalmente territórios indígenas e tradicionais no Brasil. Mineradoras, agronegócio, monocultura, barragens, estradas, empreendimentos turísticos, dentre outros (Rauber et al, 2022). Em meio a esse cenário distópico, emergem crises sanitárias, colapsos ecológicos e o esgarçamento dos vínculos comunitários. A saúde, nesse contexto, torna-se um campo de disputa, mas também de resistência e reinvenção.

É nesse horizonte que os saberes tradicionais e as medicinas milenares — como a chinesa, a ayurvédica, a egípcia e a indígena — ganham centralidade. Esses sistemas de cuidado, profundamente enraizados em cosmovisões que valorizam a harmonia entre corpo, espírito e natureza, oferecem alternativas potentes à lógica fragmentadora da biomedicina ocidental.

São expressões de racionalidades que resistem ao tempo e continuam influenciando práticas contemporâneas. Reconhecer essas medicinas é reconhecer que há múltiplas formas de cuidar e de conhecer — e que a saúde é também uma construção cultural. Nesta perspectiva, a antropologia, desde seus fundamentos, tem se dedicado a compreender os sistemas de cura como expressões culturais legítimas em sociedades pré-capitalistas.

Bronislaw Malinowski (1978), em suas etnografias nas Ilhas Trobriand, observou que os rituais de cura fazem parte de sistemas mágicos que oferecem conforto simbólico e reforçam a coesão social. Para ele, a magia é uma tecnologia simbólica que ajuda a lidar com o sofrimento e a incerteza, revelando que o cuidado é também uma prática social. Lucien Lévy-Bruhl (1922), por sua vez, nos convida a reconhecer o valor do pensamento místico. Sua teoria da participação simbólica mostra que, em muitas culturas, os vínculos entre seres, objetos e forças são vividos como reais. Essa visão ajuda a compreender como os rituais de cura operam em sistemas de sentido que transcendem a lógica biomédica — e que são profundamente eficazes dentro de suas cosmologias. Franz Boas (1966, 1911) nos Estados Unidos, no início do século XX, pioneiro do relativismo cultural, foi um dos primeiros a registrar práticas de cura entre povos indígenas, mostrando que esses saberes não são superstição, mas parte de sistemas complexos de conhecimento.

Durante suas expedições aos Inuit (esquimós) na Ilha de Baffin e aos Bella-Coola, Franz Boas registrou práticas de cura, rituais xamânicos e concepções locais de doença e corpo, o autor observava como essas práticas estavam integradas à cosmologia e à organização social dos grupos. Este autor e seus discípulos vinculados à Escola de Cultura e Personalidade iniciaram um processo de crítica à medicina Ocidental e abriu caminho para que práticas indígenas fossem vistas como legítimas formas de conhecimento e cuidado. Embora F. Boas não tenha sistematizado uma teoria da cura, seus estudos influenciaram diretamente antropólogos como Margaret Mead e Ruth Benedict, que aprofundaram investigações sobre saúde, rituais e medicina tradicional.

A antropologia médica reconhece Franz Boas como um dos fundadores indiretos da área. Para Boas, os rituais de cura não eram apenas superstição, mas expressões simbólicas que revelavam a lógica interna das culturas. Essa visão foi retomada por Claude Lévi-Strauss (1975) em “O Feiticeiro e sua Magia”, ao mostrar como a eficácia simbólica pode produzir efeitos reais no corpo e na mente. Claude Lévi-Strauss, Em *O Feiticeiro e sua Magia*, ele mostra como o ritual de cura — mesmo sem base biomédica

— pode produzir efeitos reais sobre o corpo e a mente, graças à força simbólica compartilhada entre curador, paciente e comunidade. A cura, nesse sentido, é também um fenômeno social e cultural. Antes dele, em sua obra *As Técnicas do Corpo*, Mauss (1974) mostra que o modo como usamos o corpo — inclusive para cuidar e curar — é aprendido socialmente.

O corpo é moldado por práticas culturais, espirituais e estéticas. Ele propõe que o cuidado é uma “arte social”, transmitida por meio de gestos, rituais e saberes coletivos. Em *A Dádiva*, Mauss (1974) revela como o ato de dar, receber e retribuir — inclusive em contextos de cura — constrói vínculos, obrigações e solidariedade.

O cuidado tradicional pode ser visto como uma forma de dádiva que fortalece laços comunitários. M. Taussig é médico de formação e antropólogo por escolha. Essa dupla perspectiva o levou a investigar como o saber médico ocidental coexiste — e frequentemente entra em conflito — com práticas de cura tradicionais, especialmente na América Latina. Em obras como *The Nervous System e Shamanism, Colonialism, and the Wild Man*, Taussig (1993) mostra como os rituais de cura indígenas e afrodescendentes não são apenas práticas espirituais, mas também formas de resistência simbólica ao colonialismo, ao capitalismo e à medicina Ocidental institucionalizada. Ele argumenta que a medicina moderna tende a “coisificar” o corpo e a doença, apagando o sofrimento como experiência subjetiva e social.

Em contraste, os sistemas de cura tradicionais reconhecem o papel do afeto, da linguagem, da estética e da comunidade no processo de cura. Taussig não trata a magia como superstição, mas como uma linguagem simbólica que revela tensões sociais e políticas. Para ele, o sagrado é um campo de disputa — e os curadores populares são, muitas vezes, figuras liminares que desafiam as fronteiras entre ciência, religião e política.

Esses saberes — como os das parteiras, benzedadeiras, pajés, raizeiros e mestres de cultura — são formas legítimas de cuidado e produção de conhecimento. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado no reconhecimento dessas práticas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) instituída no ano de 2002 garante o respeito às práticas tradicionais de cura e aos sistemas próprios de cuidado¹.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

A Política prevê: Um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); a garantia de acesso universal, integral e equitativo à saúde, respeitando a diversidade cultural, territorial e histórica dos povos indígenas; a organização do subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do SUS. Em 2023, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconheceu os terreiros e casas de matriz africana como unidades territoriais de acolhimento e promoção da saúde, afirmando sua legitimidade como espaços complementares ao SUS.² A Diretriz 46 da Resolução 715/2023 afirma que: As manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana E as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana (UTTMA) — como terreiros, terreiras, barracões, casas de religião devem ser reconhecidas como equipamentos promotores de saúde e cura complementares ao SUS. Essas iniciativas demonstram que o Estado pode — e deve — dialogar com os saberes ancestrais, promovendo uma saúde mais plural, inclusiva e intercultural.

Acreditamos que na formação em saúde, esse movimento exige mudanças curriculares e pedagógicas. No caso do Brasil, é preciso incluir conteúdos que abordem a saúde indígena, quilombola, ribeirinha e de matriz africana, além de promover vivências com mestres tradicionais e experiências em territórios mediante atividades de pesquisa científica e extensão. Vera Dantas (2016), ao discutir a interculturalidade na formação em saúde, destaca a importância de formar profissionais capazes de dialogar com diferentes racionalidades, reconhecendo que o cuidado é também expressão cultural, política e afetiva. Antes disso, precisamos delinear o perfil dos profissionais em saúde que queremos formar e a sua contribuição para a sociedade brasileira.

Para finalizar, considero reafirmando que, diante do Antropoceno e de seus desdobramentos distópicos, a pesquisa em saúde precisa se comprometer com a vida em sua pluralidade. Quando se abre ao diálogo com a antropologia e aos saberes tradicionais, ela transforma não apenas o modo como cuidamos, mas também o modo como conhecemos. Que possamos seguir construindo pontes entre saberes, reconhecendo que os territórios são espaços vivos de produção de saúde — e que a escuta sensível, o respeito à diversidade e o compromisso ético com o comum são caminhos possíveis para resistir à barbárie e reinventar o cuidado.

² Resolução CNS nº 715/2023.

Referências

- BOAS, F. **Kwakiutl ethnography**. Chicago: University of Chicago Press, 1966.
- BOAS, F. **The mind of primitive man**. New York: Macmillan, 1911.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
- DANTAS, V. L. A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular das Cirandas da Vida**. 2016. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 179-200.
- LÉVY-BRUHL, L. **La mentalité primitive**. Paris: Félix Alcan, 1922.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).
- MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU; EDUSP, 1974. p. 211-233.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU; EDUSP, 1974. p. 183-314.
- RAUBER, M. et al. **Agronegócio e desconstrução de direitos territoriais de povos etnicamente diferenciados: ação política e efeitos sociais das formas contemporâneas de exploração agrária**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022.
- TAUSSIG, M. **Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

EVIDENCIA DESDE LA EXPERIENCIA: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN EL DEBATE DE LA NORMA SOBRE PARTERÍA EN MÉXICO³

Graciela Freyermuth Enciso, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste
Hilda Eugenia Argüello Avendaño, Observatorio de Mortalidad Materna en México

Introducción

Humanismo normativo en tiempos del Antropoceno: la regulación de la vida que nace

Normar el parto es normar el ingreso de nuevas personas al mundo y, por tanto, implica decidir qué formas de cuidado, qué saberes y qué relaciones se consideran legítimos. El presente trabajo, presentado en el marco del Foro sobre Humanismo y Antropoceno, analiza la discusión pública en torno al proyecto de la NOM-020-SSA-2025, relativa a establecimientos de salud y práctica de la partería en la atención integral materna y neonatal. Sostenemos que el conflicto en torno a esta norma no puede comprenderse únicamente como una disputa técnica sobre estándares de calidad o seguridad clínica, sino como una controversia sobre el sentido mismo del humanismo en la regulación sanitaria. Lo que está en juego es si la normatividad estatal se orienta hacia un modelo de control biomédico centralizado o hacia un humanismo normativo que reconozca la pluralidad de modelos de atención, la autonomía reproductiva de las mujeres y la legitimidad de los saberes comunitarios.

En el contexto del Antropoceno, donde se cuestiona la racionalidad instrumental que ha separado técnica y ética, naturaleza y cultura, el debate sobre la partería revela la persistencia de tensiones entre un modelo hospital-céntrico, tecnocrático y estandarizador, y formas comunitarias de cuidado que integran dimensiones biológicas, sociales, culturales y espirituales en el nacimiento. Desde un enfoque de humanismo normativo, la pregunta no es si debe existir regulación — toda sociedad requiere marcos normativos—, sino qué tipo de regulación se construye y cómo se lleva a cabo, y, sobre todo, a quiénes reconoce como sujetos de derecho y de saber.

Este análisis propone comprender la “humanización normativa” como un principio rector capaz de reorientar la política pública: una regulación que no reduzca la

³ Las autoras agradecen el apoyo financiero del Accountability Research Center (ARC), perteneciente a la American University, para la realización de esta investigación.

vida a un procedimiento, ni la diversidad cultural a excepción administrativa, sino que coloque en el centro la dignidad, la autonomía y el reconocimiento de los colectivos que sostienen el cuidado. En este sentido, la discusión sobre la NOM-020 se inscribe en un debate más amplio sobre la capacidad del Estado contemporáneo para articular técnica y ética en un momento histórico en que la humanidad enfrenta la responsabilidad de redefinir sus formas de coexistencia.

En México, en 2024 y 2025 se ha dado una disputa en el campo de la atención materna a partir de la discusión del proyecto de la NOM-020-SSA-2025 para Establecimientos de Salud y el reconocimiento de la partería en la atención integral materna y neonatal (DOF, 2025).

Las Normas Oficiales Mexicanas (en adelante NOM) constituyen una herramienta clave en la política regulatoria del Estado mexicano, no sólo por su función técnica, sino por su potencial para abrir espacios de participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas. Su función explícita y primaria es técnica: establecer estándares mínimos de calidad, seguridad y organización de los servicios, de modo que definan cómo deben realizarse determinados procesos de atención, qué insumos son aceptables y qué requisitos deben cumplir las instituciones y el personal de salud. Estas normas se formulan en comités donde participan distintas instancias — dependencias gubernamentales, academias, colegios profesionales y representantes del sector productivo y empresarial —, con una participación mucho más limitada de organizaciones ciudadanas y de la sociedad civil en general, lo que les otorga una apariencia de pluralidad, aunque en la práctica mantienen una lógica técnico-corporativa.

El procedimiento formal de elaboración de las NOM, que da inicio con la presentación de un proyecto, abre, al menos en términos normativos, espacios de participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas debido a que los proyectos se someten a consulta pública, se reciben comentarios por parte de cualquier persona u organización interesada y las respuestas oficiales a esos comentarios deben publicarse en el Diario Oficial de la Federación, lo que permite realizar la trazabilidad de las decisiones y observar cómo el Estado justifica y ajusta — o no — sus criterios de regulación (DOF, 2020).

Aproximación Metodológica

A partir de la metodología de la Teoría del Actor-Red (TAR) de Bruno Latour (2008), este trabajo rastrea cuales son las principales controversias en torno a la NOM 020, particularmente las referidas a la partería tradicional.

Establecimos un seguimiento, a través de las redes sociales, de las reacciones de distintas actoras y actores que han participado en el debate desde que los primeros anuncios del proyecto de la NOM en el 2022, su publicación y puesta en marcha. Se analizaron los 284 frimantes (CONAMER, 2024) enviados al gobierno de México en relación con el Proyecto de la NOM-020 por parte de usuarios y usuarias de servicios, parteras tradicionales, autónomas, en la tradición, técnicas y profesionales, así como activistas, redes que trabajan en el fortalecimiento de la medicina tradicional, académicos y funcionarios de gobierno. Así como las 563 respuestas que la autoridad sanitaria obligadamente debe publicar a través del Diario Oficial en respuesta a los comentarios.

Contamos con un informe muy amplio en el que se describe en profundidad las disputas en torno al proyecto de la NOM. Para fines de esta ponencia, nos interesa compartir el análisis, a partir de los comentarios de usuarias y parteras, de la contraimagen de lo que es para ellas un parto humanizado y, sobre todo, una normativa humanizada.

Para la comprensión de esta contraimagen nos parece importante que él o la lectora conozca tanto el perfil profesional de las parteras en México, las principales intenciones del Estado de normar la partería y las principales preocupaciones de las personas que enviaron comentarios, entre ellos, sus comentarios de qué sería un parto y una norma humanizada

Las Protagonistas

En México coexisten hoy varios tipos de parteras y personal afín, resultado de una larga historia de profesionalización y desplazamiento. Las parteras formadas en escuelas de obstetricia estuvieron integradas al sistema de salud hasta mediados del siglo XX, pero a partir de la década de 1950–1960 fueron sustituidas por médicos gineco-obstetras, y la partería desapareció como figura contratada en el sector público (Freyermuth y Argüello, 2015). Las enfermeras obstetras de licenciatura pasaron sobre todo a puestos administrativos y de jefatura, alejadas de la atención directa del parto.

La figura más persistente ha sido la de las llamadas parteras tradicionales (indígenas o mestizas, rurales o urbanas), reconocidas por sus comunidades y formadas por transmisión intergeneracional o por la experiencia práctica. Muchas combinan la atención del parto con otras especialidades (curanderas, hueseras, médicas tradicionales). Desde los años ochenta del siglo pasado se han articulado con organizaciones de medicina tradicional, Casas de la Mujer Indígena y, más recientemente, con movimientos como Nich Ixim en Chiapas y la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional. Estos espacios reivindican a la partería tradicional como un sistema de salud integral y exigen el derecho a ejercer sin criminalización a la vez que reclaman participar en la elaboración de normas oficiales (Freyermuth, 2024, Sesia y Berrío, 2023).

En paralelo, desde finales del siglo XX en México se consolida un campo de partería profesional ligado al movimiento de parto humanizado. Cuatro escuelas: CASA, Nueve Lunas, Mujeres Aliadas y la Escuela de Partería de Tlapa Guerrero, forman principalmente a mujeres jóvenes rurales e indígenas con competencias biomédicas alineadas con la OMS, pero con énfasis diferenciados, por ejemplo, CASA y la Escuela de Partería de Tlapa buscan insertarse en el sistema público para reducir la mortalidad materna; Nueve Lunas reivindica a las “parteras en la tradición”⁴, con fuerte anclaje espiritual y comunitario y Mujeres Aliadas combina formación clínica con derechos sexuales y reproductivos, enfoque intercultural y trabajo comunitario (Goodman, 2015; Coronado, 2015; Rosenthal, 2015; Galante, 2015). Dentro de este campo se distinguen las parteras profesionales técnicas vinculadas al sector público y las parteras autónomas que trabajan en el ámbito privado, con gran continuidad en el acompañamiento, distancia crítica frente al Estado y fuerte influencia del parto humanizado y, en algunos casos, de la medicina indígena.

Al grupo de partería profesional se suman, las licenciaturas en enfermería y obstetricia de la Universidad Autónoma de México (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) y del Instituto Politécnico Nacional (Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia), así como dispositivos como el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) ahora denominado Asociación Hispano Mexicana IAP, forman enfermeras obstétricas y perinatales con altas credenciales

⁴ Las parteras en la tradición formarían parte del grupo de parteras profesionales, pues tienen una formación híbrida de competencias cercanas a la biomedicina junto con “maestras” o “madrinas” que son parteras tradicionales, por lo que su práctica mezcla prácticas biomédicas (uso de doppler por ejemplo), con herbolaria y prácticas como uso de rebozo para acomodar la posición del feto.

universitarias, pero que en la práctica ocupan sobre todo cargos gerenciales o funciones clínicas subordinadas al modelo médico hospitalario y no se reconocen a sí mismas como parteras en el sentido autónomo o comunitario del término, aunque un grupo de ellas ha conformado una asociación civil que reivindica la partería profesional, con un ejercicio autónomo-privado (Freyermuth y Argüello, 2015). Este mosaico — parteras tradicionales organizadas, parteras profesionales (técnicas, en la tradición, autónomas) y enfermeras obstétricas/perinatales— es el que llega a la discusión del proyecto de la Norma Oficial Mexicana sobre partería y a la definición de lo que entienden por “parto humanizado” y por una “norma humanizada”.

Síntesis de lo que el Proyecto de la NOM-020 Intenta Regular

De manera muy sintética, el proyecto denominado PROY-NOM-020-SSA buscaba “poner orden” en todo lo relacionado con la partería en México. En primer lugar, pretendía definir quién cuenta oficialmente como partera, es decir, distinguir entre parteras tradicionales, parteras profesionales, técnicas, enfermeras obstétricas, etc., y establecer los criterios para reconocerlas. A partir de esa clasificación, la NOM proponía fijar requisitos formales para poder ejercer: tipo de formación aceptada, certificaciones necesarias y registro obligatorio en padrones oficiales. Con ello, las parteras dejarían de ser solo actores comunitarios o autónomos para convertirse en “recursos humanos” del sistema de salud, sujetos a supervisión estatal.

En segundo lugar, el proyecto delimitaba los alcances de la práctica clínica. Es decir, detallaba qué podían hacer y qué no las parteras: atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo en el primer nivel de atención; qué medicamentos e insumos se les permitiría usar; y en qué momento debían referir a un hospital cuando surgieran complicaciones. Al tiempo que regulaba los espacios donde podían trabajar: domicilio de la mujer, casas de parto o centros de salud, especificando condiciones de infraestructura, equipamiento mínimo, licencias sanitarias y responsabilidades legales asociadas a cada lugar.

Finalmente, en el proyecto se intentaba normar la relación entre parteras y servicios de salud. Para ello proponía mecanismos de vinculación con las unidades del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el caso de las parteras tradicionales: esquemas de supervisión, referencia y contrarreferencia, participación en programas materno-infantiles y registrarse en un padrón específico.

En el plano discursivo, todo esto se presentaba como una estrategia para asegurar calidad, seguridad y atención “humanizada”. Sin embargo, para muchas parteras y usuarias, el resultado se interpretó menos como un reconocimiento de sus modelos de parto humanizado y más como un régimen de control: el Estado definiendo quién puede atender, cómo, dónde y bajo qué reglas, con el riesgo de dejar fuera — o en la ilegalidad — a quienes no encajaban en ese marco (DOF, 2024).

¿Qué Entienden por Violencia en el Parto?

Para las parteras y usuarias, la “violencia en el parto” no siempre aparece nombrada como violencia obstétrica, pero las experiencias que relatan se ajustan claramente a las tipologías descritas en la literatura internacional (Bohren et al, 2015; Al-Adib, 2017). En primer lugar, describen situaciones de negación de atención y abandono: mujeres — con frecuencia indígenas y pobres — que llegan a los servicios y no son atendidas, ya sea por falta de dinero, porque la unidad está cerrada, sin personal o sin medicamentos, e incluso casos en los que “fallecen en la puerta del hospital”. A ello se suma un trato deshumanizado y humillante, hecho de gritos, regañones, infantilización, burlas y ausencia de información básica: “ni siquiera nos explican qué nos van a hacer”. Estas prácticas se combinan con una medicalización y patologización excesivas — cesáreas programadas sin indicación clara, uso de sedantes o analgésicos en contra de la voluntad explícita de la mujer —, que convierten un proceso fisiológico en un campo de intervención forzada.

Las interlocutoras también identifican formas específicas de violencia sexual y reproductiva, cuando la obtención de constancias o certificados de nacimiento se condiciona a aceptar un implante anticonceptivo o a cumplir determinadas conductas (por ejemplo, llevar al bebé a cierto tamizaje), lo que se percibe como coerción sobre la capacidad de decidir sobre el propio cuerpo y la vida reproductiva. A esto se añaden dimensiones de violencia institucional y legal, vinculadas a reglas administrativas que impiden obtener el acta de nacimiento de niñas y niños nacidos con partera, o que despojan a las parteras de la facultad de certificar nacimientos, dejando a las familias en una “zona gris” de derechos.

Finalmente, las parteras enfatizan una violencia epistémica, cuando sus saberes son sistemáticamente cuestionados o descalificados; o se les atribuye la responsabilidad de la muerte materna o bien, se niega la eficacia y eficiencia de sus prácticas, incluso frente a resultados clínicos favorables. En conjunto, estos relatos

encajan con la definición jurídico-política de violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud — expresada en trato deshumanizado, abuso de medicalización y pérdida de autonomía — formulada inicialmente en Venezuela en 2007, en la Ley orgánica sobre el derecho de la mujeres a una vida libre de violencia y retomada por organismos mexicanos y latinoamericanos, así como con las categorías de maltrato, abuso, falta de respeto y violencias estructurales documentadas por la OMS y en revisiones sistemáticas globales sobre el tema (OMS,2014; CNDH, 2017; Gire,2021).

Desde la definición inicial venezolana, la violencia obstétrica se caracterizaría principalmente por:

- la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud;
- abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales y;
- pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

No es sino hasta 2014 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta a favor de la prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto. Aunque este organismo evita utilizar el término de violencia obstétrica, la caracterización de la falta de respeto y el maltrato al que hacen referencia encaja totalmente con lo señalado como violencia obstétrica:

- maltrato físico, profunda humillación y maltrato verbal;
- procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos;
- Falta de confidencialidad;
- Violación de la privacidad;
- Rechazo de la admisión en centros de salud;
- Negligencia en la atención al parto
- Retención de mujeres y recién nacidos en las unidades médicas debido a su incapacidad de pago.

En México, 2014 también figuró como hito vinculado con la violencia obstétrica, ya que el Senado de la República aprobó su sanción por medio de reformas y adiciones al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El Senado tipificó como delito a toda acción u omisión por parte del personal médico y

de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Penalizando además la negligencia en la atención médica.

A partir de 2015 varios estados de la República Mexicana realizarían reformas a sus leyes estatales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, y en consecuencia a sus códigos penales. Es importante destacar que no se adoptó una misma definición de violencia obstétrica, algunas fueron más sucintas y otras más específicas o detalladas, ya que incluyeron la falta de atención a las emergencias obstétricas, obligar a las mujeres a parir en posición supina, obstaculizar el apego precoz y amamantamiento de la persona recién nacida, alterar el proceso natural acelerando el trabajo de parto, practicar cesáreas cuando hay condiciones para un parto natural o la esterilización forzada.

En 2015 y 2019 la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C., al cual pertenecen todos los médicos del país de esa especialidad, se opuso tanto a la utilización del concepto de violencia obstétrica como a su penalización.

En 2016 se publicó por primera vez en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) indicadores vinculados con la violencia obstétrica. Se realizó un análisis 2011-2016 y se reportó que 33.4 % de la atención obstétrica presentó incidentes vinculados con la condición y situación de maltrato durante el trabajo de parto o parto (INEGI, 2016). Lo más frecuente fueron los gritos y regañones, seguidos de la dilación en la atención porque estaban gritando o quejándose mucho y en tercer lugar fue ignorarlas cuando preguntaron sobre su parto o su bebé.

La reforma más reciente sobre violencia obstétrica en México ocurrió en noviembre de 2019 como iniciativa de la Cámara de diputados. En ella se reformó no sólo la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sino que se dio el paso a hacerlo en la Ley General de Salud; con ello se pretendía garantizar servicios de salud libres de estas prácticas. En la definición de violencia obstétrica empleada una innovación fue la inclusión del personal administrativo y la introducción conceptual de que la violencia obstétrica atañe a la vulneración o limitación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

Contraimágenes: qué es un parto sin vocês cia según estas vocês

Las contraimágenes funcionan como diagnóstico y propuesta: muestran que, para estas personas, la violencia obstétrica no es inevitable ni “colateral” a la seguridad, sino efecto de un modelo organizativo y cultural que podría ser transformado.

Aunque el foco de los comentarios fue la violencia que ejerce el sistema médico a los cuerpos de las mujeres embarazadas, las y los interlocutores también delinean, por contraste, qué consideran un parto digno y respetuoso.

Para las parteras y usuarias que han participado en el debate sobre el proyecto de la NOM, un parto humanizado se sostiene, ante todo, en una relación de confianza y acompañamiento continuo. Esto implica conocer a la partera o al médico desde el embarazo, construir un vínculo previo y poder estar acompañada durante el trabajo de parto y el nacimiento por la persona de su elección — pareja, madre, amiga, doula —, con una participación activa del padre o la pareja (por ejemplo, cortar el cordón umbilical o sostener al bebé en el primer contacto). La atención deja de ser un acto técnico aislado y se convierte en un proceso compartido, donde la mujer no está sola frente al sistema de salud.

Otro aspecto central es la información completa y el consentimiento informado: cada procedimiento debe explicarse con claridad, incluyendo riesgos y alternativas, de manera que la mujer pueda decidir y no solo “aceptar” lo que se le indica. En esta lógica, se considera inaceptable condicionar métodos anticonceptivos o intervenciones (como ligaduras, implantes, cesáreas) a la entrega de constancias o certificados de nacimiento. A ello se suma el respeto a las prácticas culturales y espirituales de las comunidades: uso de la lengua materna, baños con plantas medicinales, manejo de la placenta como elemento sagrado, postparto caliente, temazcal, así como el reconocimiento de la partería como un saber complejo y no como superstición o prácticas nocivas.

En términos organizativos, un parto humanizado supone que los partos fisiológicos de bajo riesgo se atiendan en el primer nivel — en comunidad, casas de la mujer, casas de parto o servicios de bajo riesgo — reservando el hospital de segundo nivel para las complicaciones, con el fin de evitar la saturación y el exceso de intervenciones innecesarias. Finalmente, se plantea que la calidad no se mida solo por la ausencia de muerte o de violencia, sino también por el “éxito fisiológico”: partos bien atendidos, con buena experiencia materna y neonatal, documentados y visibilizados, incluso mediante la propuesta de un “observatorio de éxito fisiológico” que reconozca el aporte específico de la partería.

Otras Violencias Normativas Identificadas por Parteras y Usuarias en el Proyecto de la NOM-020: La humanización normativa

Siguiendo con los comentarios por parte de usuarias y parteras, consideran que el proyecto de Norma ejerce una forma de violencia a través del control normativo al subordinar la partería al sistema biomédico estatal. La NOM no se limitaría a reconocer una práctica preexistente, sino que redefine quién puede atender partos, en qué condiciones y con base en qué tipo de saberes, desplazando a las parteras y comunidades de sus propios criterios de legitimidad, esto hace referencia a la ausencia de una consulta previa en el caso de las parteras indígenas y afroamericanas. Esta operación recae directamente sobre la autonomía profesional y comunitaria de las parteras: su práctica deja de estar anclada en acuerdos locales, reglas comunales o tradiciones propias, para quedar condicionada al cumplimiento de requisitos administrativos, certificaciones y registros controlados por el Estado y por el modelo médico hegemónico (CONAMER, 2024).

Al mismo tiempo, consideran que la Norma interviene en la autonomía reproductiva de las mujeres y sus familias, al restringir el campo de elección sobre dónde, cómo y con quién parir, mediante regulaciones sobre espacios, perfiles “válidos” de atención y procedimientos estandarizados. No se trata de una agresión física, pero sí de un recorte coercitivo de la capacidad de decisión. En ese movimiento, se rompe el modelo comunitario de partería — basado en confianza, cercanía y continuidad de cuidados — y se produce una violencia epistémica y comunitaria: se despoja de valor a los saberes locales y se impone un único modo legítimo de nacer, hospital-céntrico y médico.

Finalmente, al introducir un régimen punitivo y de vigilancia (registros obligatorios, posibles sanciones, marginación o ilegalidad de quienes no se inscriben), la práctica de la partera queda bajo sospecha permanente; quien no se somete a este dispositivo corre el riesgo de ser empujada a la ilegalidad o la clandestinidad, con lo cual la regulación se convierte también en una forma de violencia jurídico-administrativa (CONAMER, 2024).

A partir de estos comentarios es posible configurar una contraimagen que puede denominarse “humanización normativa”, este concepto puede formularse como un conjunto de principios y lineamientos positivos que reorientan la regulación: de un régimen de control biomédico-punitivo a un marco de garantía de derechos, reconocimiento profesional y comunitario, y pluralismo de modelos de atención.

Una Normativa Humanizada

Una norma verdaderamente humanizada sobre partería partiría de reconocer a la partería como un sujeto colectivo y como un campo de práctica autónomo, con capacidad de autorregularse por pares y de participar en el co-gobierno de la política pública, en lugar de tratarla solo como “recurso humano auxiliar” del sistema biomédico. Esto implica que las parteras — tradicionales y profesionales — tengan participación efectiva en el diseño, implementación y evaluación de las regulaciones que afectan su trabajo, y que sus propias formas de organización y control de calidad sean tomadas en serio como mecanismos legítimos de autorregulación. Al mismo tiempo, una Norma de este tipo tendría que garantizar el derecho de elección de las mujeres y sus familias, ampliando de manera real las opciones de lugar y modelo de atención (casa, casas de parto, hospitales), y asegurando que el objetivo central sea una experiencia de parto positiva, respetuosa y libre de violencia.

En esta perspectiva, la continuidad del cuidado y el modelo comunitario serían considerados un valor a proteger: la norma debería reforzar la relación de largo plazo entre partera, mujer y comunidad, respetando la interculturalidad y la cosmovisión que sustentan la práctica de la partería, en vez de imponer un único modelo hospitalario biomédico como estándar universal.

La partería tradicional sería salvaguardada como patrimonio cultural vivo, evitando su desaparición, su mercantilización o su absorción por el sistema de salud sin consentimiento de las propias parteras y comunidades. Un punto clave sería facilitar el derecho a la identidad mediante el reconocimiento pleno, por los registros civiles, de las constancias y certificados emitidos por parteras, de manera que los nacimientos atendidos por ellas no queden en la irregularidad ante el Registro Civil.

Desde el punto de vista jurídico y de derechos, una norma humanizada buscaría armonizar su contenido con los tratados internacionales sobre derechos de los pueblos indígenas y con los estándares de salud y derechos sexuales y reproductivos, en lugar de contradecirlos o reducirlos a fórmulas retóricas. Ello implicaría sustituir un régimen centrado en la sanción y la sospecha por un modelo de acompañamiento y gestión compartida del riesgo, donde las sanciones sean excepcionales y proporcionales, y no el eje de la regulación.

También requeriría reconocer y validar la certificación comunitaria y los sistemas normativos indígenas, evitando que los requisitos formales de títulos, cédulas o padrones excluyan justamente a quienes sostienen la mayor parte del trabajo de

atención al parto en amplias regiones del país a donde el sistema oficial de salud no llega o no es suficiente. Finalmente, el propio lenguaje regulatorio tendría que nombrar, dignificar y reconocer la identidad de las parteras, evitando términos que las deslegitimen o las coloquen en una posición subordinada; el modo en que la Norma las nombra sería parte constitutiva del reconocimiento que busca otorgarles.

Conclusión

La disputa en torno de la NOM-020 no es solo técnica, sino política y epistémica: enfrenta un proyecto estatal que busca normalizar y controlar la partería con la experiencia de parteras y usuarias que defienden modelos comunitarios de cuidado y parto humanizado.

Vimos que en México coexisten distintos tipos de parteras y enfermeras obstétricas, y que la forma en que el Estado las define registra y vincula al sistema de salud puede convertirse en una forma de violencia normativa o, por el contrario, en una vía de reconocimiento.

Pensar en una “norma humanizada” implica entonces poner en el centro la autonomía reproductiva de las mujeres, la dignidad y autorregulación de la partería y el respeto a la diversidad cultural, más que la sola lógica del control biomédico.

Esta ponencia se ha centrado deliberadamente en la fase de discusión pública del proyecto de NOM-020 y en los comentarios presentados por parteras y usuarias.

Cabe señalar que, en febrero de 2025, se publicaron las respuestas oficiales a estos comentarios y el proyecto sufrió diversas modificaciones, principalmente en la redacción y en la inclusión o exclusión de ciertos numerales.

El análisis detallado de estos cambios y de sus implicaciones para la práctica de la partería y los derechos de las mujeres rebasa el alcance de esta presentación y podría abordarse en una ponencia posterior.

Referencias

AL-ADIB MENDIRI, M. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violencia de género. **Revista Costarricense de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; HUNTER, E. C. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Medicine**, v. 12, n. 6, e1001847, 2015.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. **Recomendación General n. 31/2017: sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud**. Ciudad de México: CNDH, 2017.

CONAMER – SISTEMA DE MEJORA REGULATORIA. **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024, para establecimientos de salud y para la práctica de la partería, en la atención integral materna y neonatal: resumen del anteproyecto**. Portal de Anteproyectos, 20 ago. 2024. Disponible em: <https://www.cofemersimir.gob.mx/portales/resumen/57453>. Acceso em: 15 set. 2025.

CORONADO SALDIERNA, M. C. Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero. In: FREYERMUTH ENCISO, G. (coord.). **25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México: experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia**. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015. p. 216-219.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. **Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización**. México, 1 jul. 2020. Disponible em: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596009&fecha=01/07/2020#gsc.tab=0. Acceso em: 15 set. 2025.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Secretaría de Salud. **Respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024, para establecimientos de salud y para la práctica de la partería, en la atención integral materna y neonatal**. México, 17 fev. 2025. Disponible em: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5749340&fecha=17/02/2025. Acceso em: 15 set. 2025.

FREYERMUTH ENCISO, G.; ARGÜELLO AVENDAÑO, H. E. Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México. In: SÁNCHEZ RAMÍREZ, G. (ed.). **Imagen instantánea de la partería**. San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur; Fundación MacArthur; Asociación Mexicana de Partería, 2015. p. 21-46.

FREYERMUTH ENCISO, M. G. El devenir de las parteras tradicionales en México desde el siglo XX: adiestramiento, capacitación, fortalecimiento y exclusión. In: CAMPOS NAVARRO, R.; SÁNCHEZ GARCÍA, C.; TASCÓN MENDOZA, J. A. (coords.). **Medicinas indígenas y afromexicanas: una aproximación diagnóstica**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad; Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2024. p. 373-404.

GALANTE DI PACE, M. C. Centro de Iniciación a la Partería en Oaxaca, de la organización Nueve Lunas. In: FREYERMUTH ENCISO, G. (coord.). **25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México: experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia**. México: Observatorio de

Mortalidad Materna en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015. p. 225-231.

GIRE. **Violencia obstétrica: una década de justicia reproductiva**. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021.

GOODMAN, N.; TORRES, M. E. Escuela de partería profesional. In: FREYERMUTH ENCISO, G. (coord.). **25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México: experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia**. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015. p. 210-215.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. **Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016: ENDIREH: tabulados básicos**. México: INEGI, 2016.

LATOUR, B. **Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red**. Tradução de Gabriel Zadunaisky. Buenos Aires: Manantial, 2008. Obra original publicada em 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Ginebra: WHO, 2014.

ROSENTHAL SIEVERS, O. Mujeres Aliadas, A. C. In: FREYERMUTH ENCISO, G. (coord.). **25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México: experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia**. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015. p. 220-224.

SESIA, P. M.; BERRIO PALOMO, L. R. (coords.). **Situación actual de la partería indígena en seis estados de México: informe ejecutivo**. Oaxaca: CIESAS-Pacífico Sur; CONACyT, 2023. Disponible em: https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/04/CIESAS-Informe-Ejecutivo-small-digital-ab-17-23_compressed.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

TRANSFERÊNCIA OU TROCA DE SABERES SOBRE PLANTAS MEDICINAIS: IMPLICAÇÕES LEGAIS, COLABORAÇÕES INSTITUCIONAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Maristela Oliveira de Andrade
Profa.Titular Aposentada UFPB

Para me aproximar do tema da humanização da saúde pública no Brasil, na perspectiva da crise do antropoceno, proponho uma interface com minha área de atuação em território e populações tradicionais. Trago reflexões sobre os saberes tradicionais sobre plantas medicinais como contraponto à perspectiva do antropoceno, uma era geológica marcada pela ação deletéria da humanidade sobre o planeta, que provoca desequilíbrios ambientais, mudanças climáticas, que se conectam com inúmeras doenças com potencial de virarem pandêmicas (Crutzen 2002, Giatti; Maksud 2023). Para situar esta problemática, parto do confronto dos saberes da medicina caseira com o capitalismo predatório das grandes empresas farmacêuticas. Os saberes tradicionais resultam de um aprendizado de grupos humanos ao longo de milhares de anos através de uma relação de simbiose com a natureza.

Contudo, o saber relativo às plantas medicinais coloca vários dilemas e questões a serem sanadas em vários setores, por meio de legislações, colaborações institucionais e políticas públicas. Teoricamente já existe um consenso em relação à necessidade de congregar os diferentes saberes para enfrentar as incertezas do mundo, e um entendimento de que a biodiversidade guarda inúmeras possibilidades de cura para as doenças que afligem a humanidade. No entanto, há o problema da assimetria entre os diferentes saberes, uma vez que a apropriação dos saberes tradicionais se deu sem uma contrapartida que assegurasse um repasse aos detentores desses saberes, dos benefícios derivados dos lucros de produtos patenteados e industrializados.

Em artigo coletivo com alunas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – Prodema sobre a apropriação do conhecimento tradicional, fizemos uma revisão de literatura sobre o conhecimento tradicional e a conservação da biodiversidade em que apontamos a fragilidade da legislação brasileira (Eloy; Vieira; Lucena; Andrade 2014). A lacuna na legislação gerou numerosos casos de biopirataria e de processos judiciais, conforme autores que denunciavam esses crimes (Vandana Shiva 2003).

Retomo esse debate nesta comunicação, partindo da premissa de que é preciso distinguir a transferência de saberes, da troca de saberes. Enquanto a transferência

pressupõe uma relação assimétrica entre as partes em que grandes empresas farmacêuticas ou do agronegócio fazem uso desse saber coletivo associado à genética, e se apropriam dele, através de um acesso gratuito a esse conhecimento coletivo. Desta maneira, grandes empresas extraem substratos de plantas selecionadas por sua eficácia curativa por povos tradicionais, para elaboração de remédios que chegam ao mercado com preços elevados para populações pobres, dos quais as indústrias retiram lucros vultosos. Já a troca de saberes pressupõe uma relação mais equilibrada entre os saberes, como veremos no caso do conhecimento das plantas medicinais e seus subprodutos artesanais, que são reproduzidos sem maiores inovações tecnológicas.

Para tratar desse tema, me reporto à Convenção da Diversidade Biológica – CDB apresentada durante a Conferência Rio-92 e assinada por inúmeros países, com o objetivo de promover a proteção da biodiversidade. Vandana Shiva (2003) filósofa/física e ativista indiana foi uma grande contestadora da CDB, por omitir os direitos dos detentores do conhecimento associado à genética, e tem sido a grande defensora dos saberes tradicionais e da biodiversidade. Ela se confrontou com a Monsanto, a grande multinacional que detinha o monopólio na produção e distribuição de sementes transgênicas ao lado do pacote de herbicidas ou agrotóxicos, entre eles o glifosato, que foi alvo de tantos processos judiciais que levou à saída desta empresa do mercado. As grandes farmacêuticas igualmente sofreram processos judiciais contra biopirataria e reagiram ao endurecimento das legislações, recuando em suas pesquisas de substâncias oriundas do patrimônio genético da biodiversidade, para investir em produtos sintéticos.

Carneiro da Cunha (1999) em sua crítica à CDB em relação a omissão quanto aos recursos genéticos associados a um saber local de povos indígenas, questionou a distribuição de benefícios, uma vez que povos indígenas distintos morando no mesmo bioma ignoravam usos alimentícios e medicinais de certas espécies, enquanto outros detinham um saber e um uso delas. Esta variação atribuída à cultura, a levou a defender a ideia de se fazer inventários do saber humano. Ideia que se materializou em parte com a organização da Enciclopédia da Floresta (Carneiro da Cunha; Almeida 2002) que reuniu biólogos, botânicos, geólogos e antropólogos em diálogo com indígenas e seringueiros, após dez anos de pesquisa com povos do Alto Juruá na região amazônica.

Finalmente foi instituído o Protocolo de Nagoya (2015), um acordo internacional que reconheceu o direito à repartição dos benefícios aos detentores do conhecimento associado, e gerou legislações em vários países, para garantir benefícios aferidos pelas descobertas de novos fármacos, cosméticos e novos alimentos provenientes do

conhecimento das florestas habitadas pelas comunidades tradicionais. No Brasil o protocolo só foi assinado em 2023, e até o momento a repartição de benefícios das empresas para os povos detentores dos saberes tem sido muito limitada.

A CDB afetou igualmente o acesso às plantas medicinais, através de regulações com o intuito de controlar o extrativismo para garantir a conservação da biodiversidade. A partir daí, a extração predatória de plantas ameaçadas de extinção vem sendo coibida pelo IBAMA, com base em uma lista de mais de 1000 espécies ameaçadas de extinção criada pela Portaria do MMA nº148/2022. Marques; Barbosa; Agra (2010) investigaram três espécies ameaçadas de extinção e de uso medicinal no Cariri paraibano, e avaliaram o extrativismo para comércio de plantas medicinais como ameaça à biodiversidade. Vale lembrar que para muitas rezadeiras e curandeiros, as plantas medicinais que brotam espontaneamente nos bosques ou florestas seriam as que concentram maior poder de cura, por brotarem pela mão divina.

Coerente com o princípio da conservação, o governo instituiu através do Ministério da Saúde e mais dez ministérios a Política Nacional das Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos (Brasil 2006) de modo a assegurar a continuidade e a legitimidade do uso dessas plantas, permitindo à população brasileira o acesso a produtos submetidos a uma cadeia produtiva sustentável e da indústria nacional. Entre os ministérios envolvidos, o ministério da saúde, o da Agricultura e da Ciência e Tecnologia, priorizam o cultivo das plantas medicinais com a inclusão na agricultura familiar, e na formação de arranjos produtivos relativos as plantas medicinais e a produção dos fitoterápicos, com o intuito de prover segurança e eficácia no uso deles.

As universidades têm sido parceiras nestas ações, através de pesquisas no âmbito de laboratórios, a exemplo da Unifesp (Ribeirão Preto-SP) onde há uma experiência com a colaboração de pesquisadores ligados à agronomia para o preparo de mudas com espécies aprimoradas e com maior potencial de reter suas propriedades medicinais. Contudo, a experiência mais marcante no âmbito do cultivo de plantas medicinais foi realizada pelo professor Francisco José de Abreu Matos (Bandeira; Leal; Viana 2024) do departamento de farmácia da Universidade Federal do Ceará que criou e executou o projeto farmácia viva, em um horto de plantas medicinais com mais de uma centena de espécies cultivadas e catalogadas. Esta experiência realizou o aprimoramento da troca de saberes científicos e tradicionais, e viabilizou esta ideia em um contexto institucional, já que os curandeiros e rezadeiras realizam suas práticas de maneira informal, no quintal de suas casas.

Um Projeto de Lei nº4084 de 2024 dispõe sobre a Política das Farmácias Vivas do SUS encontra-se na câmara federal, que envolvem o “cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento das plantas medicinais, a manipulação e a dispensação”. Há vários impasses ou dilemas nas diferentes etapas da política, sendo o mais problemático definir o perfil do profissional que deverá prescrever esses remédios? Seriam os farmacêuticos? ou os médicos que prescrevem os alopáticos. E qual o papel dos curandeiros e rezadeiras conhecedores das plantas medicinais? E o público alvo, os pacientes confiam na eficácia desses medicamentos ou plantas? É preciso chamar atenção para as práticas de deslealdade das empresas farmacêuticas de propagarem a ineficácia dos fitoterápicos e dos remédios caseiros, disseminando um descrédito nas populações em relação aos remédios da sabedoria popular.

Reflexões finais

O Brasil foi ao longo de cinco ou seis décadas instituindo políticas nacionais de proteção da biodiversidade, do patrimônio genético e dos benefícios aos detentores do conhecimento associado, das plantas medicinais e das farmácias vivas, permitindo vislumbrar o quanto avançamos no marco legal, embora na prática as mudanças sejam ainda muito limitadas. Para uma breve análise dos resultados insatisfatórios das políticas públicas aqui tratadas, constatamos que embora elas surjam de demandas e lutas sociais, e na elaboração da política sejam formadas equipes com múltiplos atores sociais, especialistas das universidades e lideranças comunitárias, na etapa de execução da política entram as instituições e agências governamentais com equipes que recebem capacitação técnica e burocrática, mas não são sensibilizadas para dialogar e realizar troca de saberes com os detentores dos saberes tradicionais.

Para finalizar retomo o problema das assimetrias entre o saber local e o saber científico, a partir de Carneiro da Cunha (1999) que contesta não só os que defendem a supremacia de um sobre o outro, como os que equiparam os dois saberes por se submeterem a processos experimentais e mentais comuns. Com base em Lévi-Strauss (1962), ela afirma que são saberes diferentes porque partem de perguntas diferentes, e denuncia a ameaça de perda do saber local, devido à “erosão das condições de produção e circulação desse conhecimento” provocadas pela “deterioração das formas sociais e das instituições” (Carneiro da Cunha 1999 p.159). O saber local como uma ciência viva que inova, depende da relação dos povos tradicionais com o território, e da circulação livre desse conhecimento.

Referências

BANDEIRA, M. A.; LEAL, L. K. A. M. Centenary of Professor Francisco José de Abreu Matos: as professor and scientist from Ceará, reference in the study of medicinal plants in Brazil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 26, p. 1-10, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/plantas-mediciniais-e-fitoterapicos/ppnpmf>. Acesso em: 5 fev. 2026.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C. Populações tradicionais e a Convenção da Diversidade Biológica. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 36, 1999.

CARNEIRO DA CUNHA, M. C.; ALMEIDA, M. B. (org.). **Enciclopédia da floresta: o Alto Juruá: práticas e conhecimentos das populações**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CONVENÇÃO SOBRE DIVERSIDADE BIOLÓGICA. **Convenção sobre Diversidade Biológica**. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/textoconvenoportugus.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2026.

CRUTZEN, P. J. Geology of mankind. **Nature**, London, v. 415, p. 23, 2002.

ELOY, C.; VIEIRA, D.; LUCENA, C.; ANDRADE, M. Apropriação e proteção dos conhecimentos tradicionais no Brasil: conservação da biodiversidade e direitos das populações tradicionais. **Gaia Scientia**, v. esp. Populações Tradicionais, p. 189-198, 2014.

GIATTI, L. L.; MAKSUD, I. Antropoceno, crise ambiental e as desigualdades no acesso a serviços e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2023.

LÉVI-STRAUSS, C. **La pensée sauvage**. Paris: Plon, 1962.

MARQUES, J. B.; BARBOSA, M. R. V.; AGRA, M. F. Efeitos do comércio para fins medicinais sobre o manejo e a conservação de três espécies ameaçadas de extinção em duas áreas do Cariri oriental paraibano. In: GARIGLIO, M. A. (org.). **Uso sustentável e conservação de recursos florestais da Caatinga**. Brasília, DF: Serviço Florestal Brasileiro, 2010. p. 180-192.

PROTOCOLO DE NAGOIA. **Protocolo de Nagoia sobre acesso a recursos genéticos e repartição justa e equitativa dos benefícios derivados de sua utilização à Convenção sobre Diversidade Biológica**. 2015. Disponível em: https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya_protocol_portuguese.pdf. Acesso em: 5 fev. 2026.

SHIVA, V. **Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia**. São Paulo: Gaia, 2003.

ÁGUA, CIDADANIA E SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA PESQUISA EM RECIFE

Profa. Dra. Armelle Jacquemot
Universidade de Poitiers - França

RESUMO

Este texto analisa as relações entre água, saúde e cidadania a partir de uma pesquisa etnográfica realizada na Região Metropolitana do Recife entre 2012 e 2016, no âmbito de um projeto de pesquisa franco-brasileiro dedicado às pressões humanas sobre os aquíferos. Embora os dados oficiais indiquem uma cobertura quase universal do abastecimento de água, a experiência cotidiana dos moradores revela um acesso irregular, desigual e frequentemente precário. A intermitência do fornecimento, a contaminação da água e a ausência de saneamento produzem exposições cumulativas que afetam diretamente a saúde das populações. Com base em uma etnografia conduzida em bairros populares e áreas mais favorecidas, o artigo mostra como os moradores desenvolvem estratégias domésticas complexas para administrar a água, constituindo um “mix hídrico” que evidencia tanto a adaptação quanto a desigualdade. Argumenta-se que o acesso à água, longe de ser um direito universal efetivamente garantido, se configura como um marcador central de desigualdades socioespaciais e contribui para a produção de formas situadas e diferenciadas de cidadania.

Palavras-chave: água; saúde ambiental; desigualdade; cidadania; Recife; Brasil

Biografia da autora: Antropóloga e cineasta, Armelle Jacquemot é professora e pesquisadora na Universidade de Poitiers (França), onde é responsável pelo Mestrado em Antropologia, Etnografia e Escritas Audiovisuais. Desenvolve pesquisas no Brasil desde os anos 1990, nos campos da saúde, da religião, do meio ambiente, e das migrações. Seus trabalhos mobilizam o filme e a fotografia como instrumentos de investigação e de escrita científica, com base em pesquisas etnográficas.

I – Introdução

O acesso à água constitui um elemento central na produção de desigualdades urbanas, particularmente em contextos marcados por forte crescimento urbano, vulnerabilidade ambiental e fragilidade das infraestruturas. Longe de ser um recurso neutro, a água participa ativamente da organização das sociedades urbanas, distribuindo de forma desigual riscos, constrangimentos e possibilidades de vida.

Este texto propõe uma reflexão sobre as relações entre água, saúde e cidadania a partir de uma pesquisa etnográfica realizada na Região Metropolitana do Recife entre 2012 e 2016, no âmbito do projeto COQUEIRAL⁵. Baseada em uma etnografia de longa duração, conduzida em bairros populares e em áreas mais favorecidas, a pesquisa teve como objetivo compreender as representações, práticas e usos da água no cotidiano, bem como os modos pelos quais os moradores lidam com a incerteza do abastecimento. Recife apresenta um paradoxo marcante. Frequentemente descrita como a “cidade das águas”, devido à presença de rios, manguezais e áreas alagáveis, ela é também, na experiência cotidiana de muitos de seus habitantes, uma cidade da escassez. Apesar de uma cobertura formal elevada da rede de abastecimento, o acesso efetivo à água é marcado pela irregularidade, pela incerteza e pela necessidade de recorrer a múltiplas fontes.

Essa situação evidencia os limites das políticas públicas e desloca para o espaço doméstico a gestão dos riscos sanitários. Mais do que um problema técnico, o acesso à água revela-se um analisador privilegiado das desigualdades urbanas, permitindo compreender como infraestruturas, processos ambientais e práticas cotidianas se articulam na produção de vulnerabilidades⁶.

Partindo desse contexto, o texto analisa como as condições de acesso à água configuram formas específicas de vulnerabilidade ambiental e sanitária, ao mesmo tempo em que contribuem para redefinir as práticas e os sentidos da cidadania.

⁵ O acrônimo refere-se a « Contraintes sur la Qualité de l'Eau dans l'environnement urbain de Recife. Comment faire face à la salinisation et à la contamination des eaux souterraines dans les contextes de changements environnementaux planétaires et sociétaux ». O projeto foi financiado por três agências de pesquisa, francesas e brasileiras, e reuniu pesquisadores de diferentes disciplinas - hidrogeologia, geoquímica, geografia, sociologia e antropologia - com o objetivo de analisar as pressões sobre os recursos de água subterrânea, identificando as fontes de sua degradação, tanto qualitativa quanto quantitativa.

⁶ Bitoun, J. « Impactos socioambientais e desigualdade social: vivências diferenciadas frente à mediocridade das condições de infraestrutura da cidade brasileira: o exemplo do Recife ». In *Impactos socioambientais urbanos*. Curitiba: Editora da UFPR, 2004, p. 255-269.

II. Um acesso à água frágil e incerto

Os dados oficiais indicam uma cobertura elevada do abastecimento de água no Recife⁷. No entanto, essa cobertura não se traduz em um acesso efetivo. Estar conectado à rede não significa ter água disponível de forma contínua e segura.

A distribuição é irregular, a água é intermitente e sua qualidade é frequentemente questionada. Em muitos bairros, a água chega apenas alguns dias por semana, em horários imprevisíveis. Em outros, a pressão é insuficiente para atingir as residências. Assim, o que se generaliza não é o acesso, mas a incerteza e o medo da falta.

Essa situação foi evidenciada durante o trabalho de campo realizado entre 2012 e 2016. Ao acompanhar o cotidiano de moradores de diferentes bairros, tornou-se claro que o acesso à água depende de um conjunto de fatores que não são captados pelas estatísticas: continuidade do serviço, qualidade da água, pressão nas tubulações e condições de armazenamento.

Diante dessas limitações, os moradores desenvolvem estratégias de adaptação baseadas na combinação de diferentes fontes. Esse “mix hídrico” varia conforme os recursos econômicos e a localização no território metropolitano, marcado por fortes desigualdades socioespaciais. Podem coexistir, no cotidiano de uma mesma família, diversas fontes: água da rede (ligações convencionais e clandestinas), de poços rasos e profundos, de caminhões-pipa, água mineral, água de chuva ou de nascentes, além da “água dos outros”, obtida por meio de redes de solidariedade (familiares, vizinhos).

Essa multiplicidade de fontes evidencia a precariedade do serviço público e a necessidade de soluções alternativas. Ao mesmo tempo, revela como o acesso à água se inscreve em uma economia das desigualdades, na qual diferentes grupos sociais dispõem de recursos desiguais para lidar com a escassez⁸.

No cotidiano, essa incerteza se traduz em uma vigilância constante. Os moradores desenvolvem uma atenção contínua aos sinais de chegada da água: o barulho nas tubulações, a pressão que aumenta, a informação que circula entre vizinhos. Essa percepção sensível do abastecimento mostra como a água se inscreve na experiência corporal e cotidiana, sendo percebida não apenas como um recurso, mas como um evento.

⁷ 86,75% na época da pesquisa (IBGE, recenseamento 2010), 98,7% hoje com tempo médio de abastecimento de 15,7 dias por mês (dados da Companhia Pernambucana de Saneamento).

⁸ JACQUEMOT, A. « Avoir de l'eau en ville: approche anthropologique de l'eau du quotidien en contexte de pénurie (Recife, Brésil) ». In: *Ce que les injustices font à la santé*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2024.

Essa vigilância também organiza relações sociais. Informações sobre a chegada da água circulam entre vizinhos e familiares, dando origem a formas de solidariedade, mas também de tensão, especialmente em contextos de escassez importante ou prolongada. O acesso à água depende, assim, não apenas da infraestrutura, mas também de redes sociais que permitem compartilhar, negociar ou, por vezes, disputar o recurso.

III. Vulnerabilidade ambiental e Antropoceno

A situação do abastecimento de água no Recife não pode ser compreendida apenas como um problema técnico. Ela está profundamente ligada à vulnerabilidade ambiental da cidade.

Construída sobre manguezais e áreas alagáveis, a cidade sofreu um processo intenso de urbanização e impermeabilização do solo, reduzindo a capacidade de infiltração da água e de recarga dos aquíferos⁹. A exploração intensiva das águas subterrâneas, o crescimento urbano e a ausência de saneamento contribuem para um cenário em que a água se torna simultaneamente recurso, risco e fator de desigualdade.

Essa vulnerabilidade é socialmente distribuída. Nos bairros mais elevados, o abastecimento é mais irregular e a dependência de fontes alternativas é maior. Nas áreas centrais, planas, historicamente mais favorecidas, o acesso tende a ser mais estável, e as soluções alternativas - como poços profundos (300 m) ou rasos - são mais seguras.

O conceito de Antropoceno permite compreender como processos ecológicos e sociais se tornam inseparáveis e se entrelaçam na produção dessas desigualdades. A degradação dos ecossistemas, a superexploração dos aquíferos e as mudanças climáticas se materializam no cotidiano dos moradores, por meio da redução da disponibilidade de água, da salinização dos poços e do aumento dos riscos de enchentes.

Nesse contexto, a vulnerabilidade ambiental não constitui um pano de fundo neutro, mas um elemento ativo na produção de desigualdades. Ela amplifica

⁹ PETELET-GIRAUD, E.; CARY, L.; CARY, P.; JACQUEMOT, A. et al. « Multi-layered water resources under global changes in Recife (NE Brazil): when will it be already too late? ». *Science of the Total Environment*, 2018.

vulnerabilidades pré-existentes e condiciona as formas pelas quais saúde, direito e cidadania são vividos. Pensar o acesso à água no Antropoceno é compreender como as infraestruturas, os processos ecológicos e as políticas públicas se entrelaçam para produzir novas formas de vulnerabilidades.

IV. Água e saúde: uma cadeia de exposições

A relação entre água e saúde se manifesta de forma concreta no cotidiano dos moradores. A água distribuída pela rede pública - chamada “água da COMPESA”¹⁰ pela população - é frequentemente percebida como inadequada para o consumo: ela tem cor, cheiro e gosto ruins, lamentam os moradores. Como relatou uma agente de saúde ambiental: “nosso povo não consegue ver a água como um bem-estar. Para ele, água é trabalho e doença”.

Essa percepção gera desconfiança e leva à adoção de práticas de tratamento doméstico, como fervura, filtração ou cloração. Ao mesmo tempo, a intermitência do abastecimento leva as famílias a armazenar água em diferentes recipientes, cuja qualidade e capacidade variam conforme os recursos e o espaço disponíveis.

A gestão cotidiana da água exige, assim, uma série de práticas que articulam cuidado e risco. A fervura, a filtração e o uso de hipoclorito são mobilizados como formas de proteção, mas sua eficácia depende das condições materiais e do conhecimento disponível. Essas práticas mostram que a proteção não elimina o risco, mas o desloca, produzindo uma situação em que a segurança da água nunca é completamente garantida.

O armazenamento, necessário para enfrentar a escassez, constitui também uma fonte de risco. Recipientes mal vedados favorecem a contaminação da água e a proliferação de vetores, como mosquitos e roedores. Associada à ausência de saneamento, essa situação contribui para a disseminação de doenças como dengue, chikungunya, zika e leptospirose, cuja distribuição espacial acompanha as desigualdades urbanas. As pragas tornam-se, assim, marcadores biológicos da desigualdade.

As respostas institucionais baseiam-se frequentemente no uso de produtos químicos, como larvicidas e inseticidas, amplamente utilizados tanto por agentes públicos quanto pelas próprias famílias. Essas práticas, embora voltadas à proteção,

¹⁰ A COMPESA (Companhia Pernambucana de Saneamento) é a empresa pública responsável pelos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário no Estado de Pernambuco, criada em 1971.

introduzem novas formas de exposição, configurando um ciclo de vulnerabilidades no qual as estratégias de proteção podem gerar novos riscos¹¹.

Nesse contexto, proteger-se pode significar também se expor. O uso intensivo de produtos químicos nos espaços domésticos e no ambiente urbano introduz uma nova camada de vulnerabilidade, cujos efeitos sobre a saúde humana e ambiental permanecem em grande parte invisíveis ou pouco considerados¹².

E há mais: a precariedade do acesso à água também acarreta outras agressões ambientais : gera comportamentos predatórios em relação ao recurso : seja furando poços profundos ou superficiais, “o que importa é pegar água e dar graças a Deus”. O Recife é intensamente perfurado, um verdadeiro queijo suíço. As águas residuais lançadas no ambiente acrescentam outra camada de contaminação, ampliando ainda mais o conjunto de doenças hídricas às quais os moradores estão expostos.

Esse conjunto de práticas e exposições configura uma verdadeira cadeia de vulnerabilidades, na qual a falta de água, a ausência de saneamento, a proliferação de vetores e o uso de substâncias químicas se articulam. Saúde humana e saúde ambiental mostram-se, assim, profundamente interdependentes. Falta de água, esgotos, pesticidas e práticas domésticas se combinam na produção de exposições cumulativas que afetam de maneira desigual as populações.

V. Estratégias domésticas e “mix hídrico”

Diante da incerteza, os moradores desenvolvem práticas complexas de gestão da água, baseadas na combinação de diferentes fontes e em técnicas de tratamento doméstico.

Cada tipo de água possui um estatuto específico, um valor. A água de poço ou de nascente é frequentemente associada à pureza e à natureza, sendo percebida como “boa” ou “de Deus”. Já a água da rede pública é frequentemente descrita como insuficiente e de baixa qualidade. Ela é a água “ruim”. Essa oposição revela uma economia moral da água, na qual a confiança é atribuída à natureza e a desconfiança, às instituições.

¹¹ JACQUEMOT, A. *Pragas*. Filme documentário etnográfico, 50 min. 2017.

¹² JACQUEMOT, A. « Pragas: un film d’anthropologue sur l’exposition aux pesticides (Recife, Brésil) ». In: *Exposition aux pesticides – Ce qu’en disent les SHS*. Toulouse: Octarès, 2024.

Assim, esse “mix hídrico” não é apenas uma combinação técnica de fontes, mas um sistema de classificação social e moral da água. Cada tipo de água é avaliado segundo critérios que incluem sua origem, seu custo, sua aparência e os riscos associados ao seu uso.

Em muitas situações, os moradores estabelecem uma hierarquia entre as águas, reservando as consideradas mais seguras para beber e cozinhar, enquanto outras são destinadas a usos domésticos, como lavar roupa ou limpar a casa. Essa gestão diferencial revela uma racionalidade prática que combina saberes locais, experiências acumuladas e percepções de risco.

Ao mesmo tempo, o “mix hídrico” evidencia desigualdades profundas. Enquanto alguns podem escolher entre diferentes fontes, outros dispõem de opções muito limitadas, sendo obrigados a utilizar águas de qualidade duvidosa. Assim, a diversidade de fontes não significa necessariamente maior segurança, mas pode, ao contrário, indicar uma maior exposição a riscos.

Essas práticas implicam um deslocamento da responsabilidade pela gestão da água para o espaço doméstico. Cabe às famílias garantir a qualidade da água consumida, o que exige tempo, trabalho e conhecimentos específicos. Essa responsabilidade recai, em grande medida, sobre as mulheres, responsáveis pela gestão cotidiana da água¹³.

VI. Direito à água e desigualdades de cidadania

O acesso à água, que deveria constituir um direito universal, revela-se profundamente desigual na prática. A distribuição irregular do abastecimento faz com que diferentes bairros experimentem condições de acesso muito distintas.

Enquanto alguns dispõem de água diariamente, outros enfrentam longos períodos de escassez. A possibilidade de recorrer a fontes alternativas, como água mineral ou poços rasos e profundos, depende tanto dos recursos econômicos quanto da localização da moradia na geografia da cidade. Assim, o acesso à água se configura como um marcador social e territorial.

¹³ CARY, P.; JACQUEMOT, A.; MELO, A. M. (org.). *Affronter le manque d'eau dans une métropole*. Villeneuve-d'Ascq: Presses Universitaires do Septentrion, 2018.

Na prática, o direito à água não se realiza de forma homogênea. Cada território recebe uma versão distinta desse direito: para uns, água contínua; para outros, água intermitente; para muitos, nenhuma garantia. O que deveria ser um direito universal converte-se, assim, em um sistema de oportunidades desiguais.

Mais do que uma simples desigualdade de acesso, essa situação transforma as próprias condições de exercício da cidadania. O acesso à água deixa de ser um direito efetivamente garantido pelo Estado para se tornar um problema a ser resolvido cotidianamente pelas famílias. A cidadania, nesse contexto, não se define apenas por direitos formais, mas pelas condições concretas de acesso a recursos essenciais.

Ter ou não ter acesso a uma água segura condiciona diretamente as possibilidades de proteção da saúde, de organização do cotidiano e de projeção no futuro. Assim, as desigualdades de infraestrutura produzem também desigualdades no exercício da cidadania, configurando formas diferenciadas de viver a cidade.

VII. O cotidiano da intermitência

A intermitência do abastecimento estrutura o cotidiano, organizando o tempo, o espaço e os corpos.

Os horários de chegada da água determinam as atividades diárias, exigindo adaptações constantes. Nos bairros mais vulneráveis, o rodízio oficial de abastecimento define os momentos em que é possível tomar banho, lavar roupa, limpar a casa sem prejudicar as reservas de água. Quando a água volta, é preciso estar presente para armazená-la, reorganizando suas rotinas de trabalho e de cuidado. Em muitos casos, acorda-se de madrugada para encher recipientes ou realiza-se tarefas domésticas à noite: “Eu não sou vagalume para lavar roupa à noite”, disse uma moradora certa vez. Essas tarefas noturnas são desempenhadas pelas mulheres. Tudo gira em torno da chegada, da ausência, do medo que a água falte.

Quando a água não chega pelos canos, o corpo torna-se infraestrutura, sendo responsável pelo transporte e manejo da água, um trabalho muitas vezes realizado pelos homens. Esse trabalho para garantir água implica um custo significativo, pois o tempo dedicado à gestão da água é retirado de outras atividades, como trabalho, estudo ou lazer¹⁴.

¹⁴ PONTES, C. A. A. *Urbe Água Vida: ética da proteção aplicada ao estudo de implicações morais no acesso desigual à água potável*, Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

A qualidade de vida dos moradores que dependem da água pública nos bairros com baixa frequência de abastecimento não se compara com a dos Recifenses que conseguem um abastecimento confortável graças às águas subterrâneas que extraem diretamente dos aquíferos mais profundos.

A intermitência também molda o espaço doméstico. Os recipientes ocupam os cômodos, tornando a água visível e material. Quanto maior a escassez, maior a presença da água nos espaços da casa, reduzindo o espaço disponível para as pessoas. Assim, a desigualdade hídrica se materializa nos corpos, nos objetos, no espaço e na organização cotidiana da vida.

VIII. Cidadania e práticas cotidianas

A atuação dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias evidencia como o Estado chega às casas: eles orientam, distribuem hipoclorito, larvicidas, capas de proteção, e inspecionam reservatórios. Mas sua presença evidencia também as limitações estruturais: combatem os efeitos de um sistema que permanece insuficiente.

É nessa intersecção entre infraestrutura, políticas públicas e práticas domésticas que se produz, dia após dia, uma forma muito concreta de cidadania. A cidadania, nesse caso, não é abstrata nem uniforme. Sua realização depende menos das políticas públicas do que do esforço cotidiano das famílias. É o gesto de procurar e conseguir água. É o gesto de improvisar soluções, de construir estratégias adaptativas de salvaguarda. Cada moradia produz sua forma de garantir a vida diante da escassez.

A água, portanto, não é apenas um recurso. É um operador político: define quem pode planejar e quem vive no improvisado. Quem tem tempo e quem perde tempo “tendo que ter água”. Entre a promessa formal do direito à água e as condições reais de moradia, a cidadania se constrói como um exercício desigual, onde o acesso à água torna-se um marcador central das possibilidades - e das limitações - de ser cidadão na cidade. É por isso que, no Recife, a cidadania hídrica é antes de tudo uma experiência situada: ancorada no corpo, no tempo e no espaço, e marcada pela desigualdade estrutural.

IX. Conclusão

A etnografia do acesso à água no Recife evidencia a interdependência entre saúde, meio ambiente e cidadania. A intermitência do abastecimento, a contaminação da água e a insuficiência do saneamento produzem formas de vulnerabilidade que afetam diretamente a existência dos moradores. Eles não são apenas problemas técnicos: moldam modos de viver, de proteger a família, de lidar com uma carga mental constante.

As estratégias domésticas revelam um deslocamento silencioso da responsabilidade: aquilo que deveria ser garantido coletivamente passa a depender do esforço individual. É nesse espaço entre expectativa pública e resposta doméstica que se desenha uma cidadania vivida no dia a dia, marcada mais pelas desigualdades que pelos direitos.

Nesse contexto, a água não apenas expõe as fragilidades do sistema urbano, mas também torna visíveis as formas de adaptação e resistência dos moradores. Ao revelar as desigualdades no acesso a um recurso essencial, ela permite compreender como se produzem, no cotidiano, diferentes experiências de cidadania.

Ao mostrar que é possível dispor de uma rede de abastecimento quase universal e, ainda assim, viver sob racionamento, Recife nos obriga a repensar o próprio sentido de “acesso”. Acesso a quê, exatamente? Em que condições, com que qualidade e a que custo - social, material e emocional?

Referências

BITOUN, J. Impactos socioambientais e desigualdade social: vivências diferenciadas frente à mediocridade das condições de infraestrutura da cidade brasileira: o exemplo do Recife. In: MENDONÇA, F. (org.). **Impactos socioambientais urbanos**. Curitiba: Editora da UFPR, 2004. p. 255-269.

CARY, P.; JACQUEMOT, A.; MELO, A. M. (org.). **Affronter le manque d'eau dans une métropole**. Villeneuve-d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion, 2018.

JACQUEMOT, A. Avoir de l'eau en ville: approche anthropologique de l'eau du quotidien en contexte de pénurie (Recife, Brésil). In: **Ce que les injustices font à la santé**. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2024. Disponível em: <https://hal.science/hal-04593469v1>. Acesso em: 1 jun. 2026.

JACQUEMOT, A. Pragas: un film d'anthropologue sur l'exposition aux pesticides (Recife, Brésil). In: **Exposition aux pesticides: ce qu'en disent les SHS**. Toulouse: Octarès, 2024.

JACQUEMOT, A. **Pragas**. Filme documentário etnográfico, 50 min. 2017. Disponível em: <https://uptv.univ-poitiers.fr/program/pragas/video/48008/pragas-vo-portugues/index.html>. Acesso em: 1 jun. 2026.

JACQUEMOT, A.; CARY, P.; MELO, A. Faire face au manque d'eau à Recife: les leçons d'une métropole brésilienne. **Métropolitiques**, 2016. Disponível em: <https://hal.science/hal-03006127/document>. Acesso em: 1 jun. 2026.

PETELET-GIRAUD, E.; CARY, L.; CARY, P.; JACQUEMOT, A. et al. Multi-layered water resources under global changes in Recife (NE Brazil): when will it be already too late? **Science of the Total Environment**, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29056379/>. Acesso em: 1 jun. 2026.

PONTES, C. A. A. **Urbe água vida: ética da proteção aplicada ao estudo de implicações morais no acesso desigual à água potável**. 2003. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente publicação reúne contribuições oriundas da Mesa Redonda Internacional Saúde, Cidadania e Direitos no Século XXI: experiências de humanização na Europa e na América Latina e a importância da compreensão das identidades territoriais no contexto do Antropoceno, realizada no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão.

Os textos aqui apresentados permitem observar a complexidade crescente dos fenômenos que atravessam contemporaneamente os campos da saúde, dos direitos humanos, da cidadania e das transformações socioambientais, evidenciando a necessidade de abordagens capazes de ultrapassar os limites disciplinares tradicionais.

As reflexões desenvolvidas ao longo desta obra demonstram que as questões relacionadas à saúde não podem ser reduzidas a dimensões exclusivamente biomédicas ou administrativas. As experiências discutidas pelos autores revelam que os processos de adoecimento, cuidado e promoção da vida encontram-se profundamente relacionados às formas de organização social, às condições de acesso a direitos, às dinâmicas territoriais, aos sistemas simbólicos e aos contextos culturais nos quais os sujeitos estão inseridos.

Um dos aspectos centrais que atravessa os diferentes capítulos é o reconhecimento de que as desigualdades sociais, ambientais e territoriais produzem impactos diretos sobre as condições de saúde das populações.

As discussões acerca da medicina social, dos saberes tradicionais de cura, da participação cidadã nas políticas públicas, da circulação de conhecimentos associados à biodiversidade e do acesso à água evidenciam que a garantia do direito à saúde permanece indissociável da efetivação de outros direitos fundamentais e da construção de mecanismos de justiça social.

A presença do conceito de Antropoceno ao longo das discussões não se restringe à referência às mudanças ambientais globais. Nos textos aqui reunidos, essa categoria analítica aparece como um importante instrumento para compreender as múltiplas formas pelas quais os processos ecológicos, econômicos, políticos e culturais se articulam na produção de vulnerabilidades contemporâneas.

A crise climática, a degradação ambiental, os deslocamentos populacionais, a insegurança alimentar e hídrica, bem como a ampliação das desigualdades no acesso

aos serviços de saúde, constituem manifestações concretas de um cenário que exige novas formas de interpretação e intervenção.

Outro aspecto relevante refere-se à valorização dos saberes produzidos fora dos circuitos institucionais convencionais. As experiências apresentadas demonstram que práticas tradicionais de cuidado, sistemas locais de conhecimento e formas comunitárias de organização permanecem desempenhando papel significativo na produção da saúde e na construção de estratégias coletivas de enfrentamento das vulnerabilidades. Longe de representarem resquícios de formas pretéritas de conhecimento, tais práticas revelam-se componentes ativos de processos contemporâneos de resistência, adaptação e produção de alternativas diante das limitações dos modelos hegemônicos de desenvolvimento.

As contribuições reunidas nesta publicação também evidenciam a relevância da Antropologia para a compreensão dos fenômenos relacionados à saúde. Ao enfatizar as dimensões culturais, simbólicas, territoriais e relacionais da experiência humana, a perspectiva antropológica possibilita uma leitura mais ampla dos processos de cuidado, permitindo compreender como diferentes grupos sociais atribuem significados à doença, ao sofrimento, à cura e à própria noção de bem-estar.

Nesse sentido, a Antropologia não apenas amplia a capacidade analítica das pesquisas em saúde, mas contribui para a construção de práticas profissionais mais sensíveis à diversidade sociocultural que caracteriza as sociedades contemporâneas.

A realização desta mesa-redonda internacional e a publicação dos textos dela decorrentes reafirmam a importância da cooperação científica entre instituições de diferentes países na produção de conhecimento socialmente relevante.

Em um contexto marcado pela circulação global de problemas sanitários, ambientais e sociais, o intercâmbio de experiências e perspectivas teóricas constitui condição fundamental para o avanço das pesquisas e para o fortalecimento de respostas acadêmicas comprometidas com a defesa da vida, da dignidade humana e da cidadania.

Espera-se que esta obra possa contribuir para o aprofundamento dos debates aqui apresentados, estimular novas investigações e fortalecer agendas de pesquisa voltadas à compreensão das relações entre saúde, cidadania, direitos, território e meio ambiente, na busca pela integração de saberes diante dos desafios impostos às sociedades na lógica do Antropoceno.

AGRADECIMENTOS

A realização da Mesa Redonda Internacional Saúde, Cidadania e Direitos no Século XXI e a organização desta publicação resultam de um esforço coletivo que envolveu instituições, pesquisadoras, pesquisadores, estudantes e profissionais comprometidos com a produção e a socialização do conhecimento científico.

Registramos nosso agradecimento ao Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão, através da Coordenação de Pesquisa e Extensão – COPEX, sob a coordenação da Professora Marcia de Sousa Figueiredo, ao Mestrado em Ensino em Saúde e aos cursos de graduação envolvidos, pelo apoio institucional à realização do evento e pelo incentivo permanente às atividades de ensino, pesquisa, extensão e internacionalização acadêmica.

Manifestamos igualmente nossa gratidão à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através do Programa de Pós-graduação em Antropologia (PPGA), à Universidade de Poitiers (França), ao Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS – México) e ao Observatório Ibero-Americano Saúde e Cidadania, instituições que contribuíram para o intercâmbio científico e cooperação acadêmica.

Agradecemos de modo especial às pesquisadoras e aos pesquisadores participantes desta mesa-redonda, cujas contribuições intelectuais tornaram possível a constituição de um debate qualificado sobre temas que ocupam posição central nas agendas contemporâneas da saúde, das ciências humanas e dos direitos humanos. A disponibilidade para compartilhar pesquisas, experiências e perspectivas teóricas distintas conferiu ao evento o caráter interdisciplinar e internacional que motivou sua realização.

Nosso reconhecimento estende-se aos estudantes, docentes, profissionais da saúde e demais participantes que acompanharam as atividades, contribuindo para o enriquecimento das discussões e para a ampliação dos diálogos estabelecidos ao longo do encontro.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas que colaboraram nos processos de organização, apoio técnico, divulgação, revisão e editoração desta obra. O trabalho aqui apresentado é resultado da convergência de múltiplos esforços e expressa a convicção de que a produção do conhecimento científico se fortalece por meio da cooperação, do diálogo acadêmico e do compromisso coletivo com a construção de sociedades mais justas, democráticas e socialmente responsáveis.

Pedro Adjedan David de Sousa
Organizador