

“MINHA VIDA POR UM FIO”

MOBILIZAÇÃO SOCIAL E OS ITINERÁRIOS DE MULHERES RIBEIRINHAS VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA PARAENSE.

Diego Alano De Jesus Pereira Pinheiro²

INTRODUÇÃO

Imagine você pegando um barquinho, entre os grandes e profundos rios amazônicos, para atravessar de uma ponta a outra, seja para ir ao comércio, seja para ir à igreja, à escola, ou até mesmo visitar parentes. Agora, imagine que esses rios são as nossas ruas, os pequenos barcos são os nossos carros, canoas são bicicletas, ambulâncias são lanchas. É importante esse exercício imaginativo (quando você não conhece a realidade amazônica) para compreender esse universo com suas especificidades em termos de questões de saúde, segurança, lazer, mobilidade e trabalho, em particular, as dinâmicas da vida das populações ribeirinhas.

Embora no parágrafo anterior esteja “parafrazeando” Bronislaw Malinowski (1984) em *Os argonautas do Pacífico*, tal como muitos já fizeram, eu faço isso de um modo diferente. Enquanto ele estava num contexto considerado “exótico”, “distante”, eu sou amazônida, paraense, e toda essa realidade é familiar para mim. Aqui, não é um estranho apresentando o distante para seus pares. Aqui, é alguém que vos fala a partir desse contexto específico que muitas vezes foge a compreensão do que significa viver efetivamente na Amazônia. Portanto, assumo a responsabilidade enquanto cientista social e no uso da “responsabilidade científica” (MARCUSE, 2009), busco através da pesquisa etnográfica, respostas que me ajudem a entender as invisibilidades das populações ribeirinhas, mais especificamente, ao que se refere aos “acidentes” de escalpelamento na Região Norte do país.

2 Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Contato alanodiego@hotmail.com.

Os povos e comunidades ribeirinhas são os habitantes tradicionais das margens dos rios e igarapés. Vivem conforme as condições oferecidas pelo meio ambiente, traduzidas num corpo de saberes técnicos e de conhecimentos sobre os ciclos naturais e os ecossistemas locais de que se apropriam (LIRA; CHAVES, 2016). A partir do Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, foi instituído a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), incluindo além dos indígenas e quilombolas, outras populações como os ribeirinhos, tornando-os foco de políticas públicas brasileiras. Também vale a pena chamar atenção para a pouca visibilidade histórica que se dá à diversidade social dos povos e coletividades da Amazônia, sendo muitas vezes acentuada toda a fauna e flora, e como uma região a ser amplamente habitada e requerer um constante desenvolvimento (OLIVEIRA, 2008). Do mesmo modo, as políticas públicas de saúde geralmente são pensadas para contextos que não condizem com a realidade local, e não levam em conta as nossas particularidades culturais, bem como apontam os estudos com foco em saúde na Amazônia, realizados pela pesquisadora Luiza Garnelo da Fundação Oswaldo Cruz no Estado do Amazonas (2003; 2006; 2007).

Entre as populações ribeirinhas, é comum ver crianças “pilotando” barcos de pequeno porte, seja para conhecerem e se aperfeiçoarem com as técnicas da pesca, seja simplesmente para circular pelas comunidades pelos rios e igarapés. Logo, é necessário que as famílias que residem às margens dos rios tenham um barquinho. Esses barquinhos são confeccionados artesanalmente em madeira por mestres carpinteiros. Os nomes dos barcos variam conforme tamanho e modelo, tais como: bajara, canoa, barco, catraia etc.

Antes da década de 1970, não se encontrava barcos pequenos com motores, mas depois de processos globais afetando igualmente a Amazônia (LOUREIRO, 1992), os ribeirinhos começaram a agregar à estrutura um motor, que é fixado no centro do barco para proporcionar mais agilidade. O uso do motor com eixo horizontal, localizado no interior do barco, permite o movimento em águas rasas e alagadas, comuns também na região amazônica. Porém, quando não há dispositivo de segurança por meio da cobertura ou isolamento do eixo do motor, expõe passageiros ao risco de diversos acidentes, tais como os de mutilação de

membros e o “escalpelamento” (MAGDO et al., 2012; MORAES et al., 2015).

De acordo com o *Dicionário Aurélio* (2018), “escalpo” e “escalpe” são sinônimos nos dicionários da língua portuguesa. Significa a “cabeleira arrancada do crânio com a pele” e tem origem do termo em inglês – *scalp* – que constitui a cobertura da cabeça, excluída a face. Em termos práticos, o escalpelamento acontece “acidentalmente” quando os fios de cabelos se enrolam ou enroscam nos eixos dos motores por falta de isolamento, atingindo, em sua maioria, mulheres e meninas ribeirinhas em atividades laborais ou de mobilidade. As consequências do escalpelamento imediato dependem da velocidade e da força da máquina ou do eixo no caso dos motores das embarcações. A avulsão do escalpe pode ser total ou parcial, em função da quantidade do cabelo arrancado no “acidente”. De acordo com a Marinha do Brasil (2019), há estimativas de, pelos menos, 2000 casos registrados de “escalpelamento” na Amazônia de 1979 até os dias atuais. Somente em 2020, soube que, no mínimo, três mulheres foram vítimas de escalpelamento no Pará. Os dados epidemiológicos também invisibilizam esse “acidente”, embora tenha se tentado ao longo do tempo resolver esse problema de notificação, bem como mostrarei ao longo do trabalho. Portanto, há muita inexatidão nos dados.

O escalpelamento é um evento que altera a ordem regular da vida das pessoas. Nesse trabalho, optei por escrever “acidente” com aspas, sobretudo, para lembrar e problematizar ao leitor os sentidos que o termo carrega. Existem pelo menos três perspectivas sobre o “acidente”. Pelas vítimas, ele é tanto uma experiência de sofrimento, estigmatizante, que requer cuidado e aciona um itinerário terapêutico, resultado de um evento entendido como um “descuido”, “falta de atenção” ou irresponsabilidade dos donos das embarcações (que por vezes, são seus próprios parentes). Para as agências do Estado, o “acidente” é visto como algo que pode ser “evitado” ou “erradicado” e é, portanto, educável. Por sua vez, para os donos das embarcações, o “acidente” é fruto de um processo burocrático para realizar a cobertura dos eixos rotativos, o que inviabiliza o procedimento, tal como levar a embarcação até a Marinha para realizarem o enclausuramento do eixo, o que leva dias, sendo a pesca o principal meio de subsistência dos povos ribeirinhos,

sem contar a falta de segurança e fiscalização nos rios, resultando nos roubos dos motores por “piratas”.¹

No caso do “escalpelamento”, ele é aqui usado como um termo técnico que designa o arrancamento, sobretudo, do couro do cabelo, que passou a ser usado desde a década de 1990 pelo Centers For Disease Control (CDC), evidenciando acidentes com as mesmas características do que vemos hoje na Amazônia. Contudo, naquele contexto, ocorria devido ao uso de maquinaria nos Estados Unidos, envolvendo principalmente mulheres em trabalhos agrícolas.

Na capital do Estado do Pará, Belém, encontra-se a sede da ONG dos Ribeirinhos Vítimas de Acidente Motor (ORVAM), criada em 2011 e presidida por assistentes sociais, que realizam trabalhos que elas denominam como “atenção ao pós-acidente”. Uma das atividades é a confecção de perucas para vítimas de escalpelamento. Até janeiro de 2020, 150 mulheres integravam a ONG, sendo acompanhadas pelas assistentes sociais, que segundo a presidente da instituição, visam “reconstruir a autoestima e reinserir essas vítimas na sociedade”.

Em agosto de 2018, passei a frequentar a instituição, a partir da autorização da direção e realizando a pesquisa com o consentimento e aceite das vítimas. A ORVAM me deu abertura e possibilitou contato e conhecimento de quem agia direta ou indiretamente dentro da mobilização social, a “causa do escalpelamento”, tal como disseram as vítimas, especialistas da saúde, agentes do Estado, políticos, e demais agentes da sociedade civil, cujo discurso humanitário age em prol de uma linguagem de cuidado e prevenção. Com o puxamento traumático do escalpo, além de arrancar parte ou todo o couro cabeludo, pode alcançar pálpebras, sobrancelhas, pavilhão auricular, demais partes da face e até levar ao óbito em algumas situações. O acidente impossibilita o crescimento do cabelo novamente na região lesionada. Assim, as mulheres necessitam realizar cirurgias reparadoras, enxertos, próteses, e utilizam-se de lenços ou perucas para esconderem a região que agora está descoberta, sem os cabelos.

1 Piratas é uma categoria nativa que faz referência às pessoas que roubam barcos e motores. De acordo com a explicação dos donos das embarcações, quando se cobre o eixo, fixando-o com parafusos à embarcação, não roubam somente os motores, mas também todo o meio de transporte.

Seguindo as narrativas de minhas interlocutoras da ONG, ao receberem a peruca, elas dizem se sentir mais confiantes. Deve-se notar o valor simbólico do cabelo para essas mulheres. Durante as nossas conversas, elas contaram que ao usarem as perucas, tinham sua autoestima reestabelecida. Embora a categoria “autoestima” esteja num plano subjetivo, é essa categoria que funciona em termos da discursividade e mobiliza socialmente a vida dessas mulheres, numa busca pela “reconstrução dos seus corpos”. Esse movimento torna-se questão-chave para pensar questões práticas, isto é, colocando as vítimas nas intersecções entre o público e o privado, o trauma e a superação. Ou seja, do acidente ao uso da peruca, são dois momentos importantes para pensarmos suas experiências. O primeiro ocasiona o isolamento, e o segundo a sua reinserção social.

O fato de eu ter naturalidade em Santarém, no interior do Pará, e pesquisar na Amazônia, proporcionou sem dúvida, uma análise epistemológica e reflexiva sobre a realidade superlativa na qual vivemos. Compreendendo alguns dos meandros e aspectos da vida social específicos de uma realidade próxima a mim e ao mesmo tempo tão distante. Essa aproximação é relativa, já que mesmo morando na Amazônia, vivendo em contexto urbano, antes desse estudo, eu não havia conhecido ninguém que tivesse sofrido o “acidente”, a não ser pelas campanhas² de prevenção televisadas. Para Gilberto Velho (1981), o processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente e emocionalmente, diferentes versões e interpretações dos fatos.

Para refletir minha condição enquanto um pesquisador amazônida, aciono Mariza Peirano (1999), em que a autora pondera que diferente das pesquisas clássicas nas quais haviam fronteiras geográficas entre pesquisador e pesquisado, hoje a Antropologia mudou e pesquisadores fazem investigações perto de casa, *at home*, como ela sugere. Nessa relação, há distâncias sociais, culturais e até geográficas. José Neto e Katya Kozicki (2008) entendem que a alteridade está imbricada na produção de conhecimento, reflexionando a relação entre pesquisador e interlocutores (NETO, KOZICKI, 2008). Portanto, as alteridades possibilitam a coexistência sociocultural, sendo inviável levarmos em conta somente

2 Uma das campanhas do Ministério do Trabalho disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ynoraHx85yM>.

nossas referências morais, estéticas, religiosas para compreendermos a realidade do outro. Assim, aqui, embora eu seja um pesquisador de origem amazônica, nesse estudo, se estabelecem diferenças nas relações entre mim e as interlocutoras, tais como gênero, escolaridade e classe.

Deste modo, busquei construir um produto textual polifônico, tal como proposto por James Clifford (2011), a fim de apresentar a multiplicidade de atores e seus discursos para ajudar a compreensão do leitor. No processo de textualização e reflexão dos dados, fica claro a necessidade em situar os discursos (das interlocutoras) e contra discurso (dos demais agentes numa disputa simbólica para a apreensão da realidade estudada). Embora ambas as construções discursivas, ora apresentam-se desiguais, ora justapostas. A presente pesquisa foi realizada entre agosto de 2018 e janeiro de 2020, a partir de observação participante em ONGs, espaços públicos, anotações, entrevistas e conversas com representantes do Estado, vítimas do “acidente”, levantamento bibliográfico, fotografias, filmes, reportagens e matérias utilizados para informação e prevenção ao “acidente”, a fim produzir dados, elucidar e analisar esse campo de estudo. Com esse trabalho, pretendo contribuir para reflexão no que concerne a intersecção da antropologia e direitos humanos, corpo, emoções e saúde na Amazônia.

NOTAS METODOLÓGICAS

Da minha parte, havia grande preocupação em não perguntar algo que constrangesse ou fizesse mal a elas. Tentava ser delicado e iniciar as nossas conversas com assuntos diversos, muito embora eu acreditasse que elas já soubessem o que eu buscava saber. Nesse ponto, relembro a discussão feita por Juliane Bazzo (2017), realizada com as vítimas de *bullying*. A autora narra o processo da condição de se tornar uma vítima, para isso requer um processo, inclusive de racionalização. Nesse contexto de *bullying*, quando crianças, as vítimas não reflexionavam suas condições, mas na fase adulta, após a racionalização e tomada de conhecimento da hostilidade sofrida, passam a se reconhecerem enquanto vítimas.

A partir dessa breve introdução, nessa etnografia, será trabalhado o processo de elaboração de políticas públicas e de como o Estado atua na prevenção e assistência às vítimas. Reflito sobre a categoria vítimas

para pensar no processo de vitimização (BARTHE, 2018) do “acidente” escarpelamento, e como esse “acidente” torna-se um dispositivo que aciona e mobiliza socialmente pessoas, coletivos, movimentos sociais, instituições e o Estado em prol dessa causa. Portanto, acompanhar os itinerários (ALVES, 2015) dessas mulheres, me deu a possibilidade de compreender de forma aprofundada a sua realidade social, tendo acesso as suas representações de sofrimento físico e psíquico no que concerne ao pós-acidente e acesso a direitos sociais ou de reparação aos danos corporais.

Será elucidadas as experiências dessas mulheres em contexto de acidente e pela busca por cuidados, pontuando, refletindo e acompanhando-as a partir dos seus itinerários terapêuticos (ALVES, 2015). Para Alves, os Itinerários Terapêuticos (IT) é um dos conceitos centrais dos estudos socioantropológicos da saúde. Como disse o autor, “Trata-se de um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição” (2015, p. 30). Desse modo, os IT são os caminhos e fluxos contínuos ou não que uma pessoa busca para o bem-estar pessoal, a partir de um sentido de doença – e o sentido e significado dessa categoria varia de acordo com o lugar e o tempo em que se encontra (MOL, 2002). Assim, o cuidado com a saúde demanda processos com diferentes agentes, sendo eles humanos ou não humanos, logo, as redes e relações que surgem ao longo dessa busca devem ser levadas em conta para analisar os espaços e os contatos das vítimas em busca de uma melhor qualidade de vida, por exemplo.

Dentre as experiências estudadas, apresento ao leitor três mulheres vitimadas pelo escarpelamento, utilizo-me de nomes fictícios para não expor as mulheres, levando em conta os preceitos éticos: 1) Renata, 46 anos, peruqueira, é mãe de uma menina de 10 anos, casada, sofreu o “acidente” há 22 anos, escarpelamento total, tem o Ensino Fundamental incompleto, reside na cidade de Belém; 2) Sara, 31 anos, sofreu o acidente há 20 anos, teve o escarpelamento parcial, tem o Ensino Médio completo, reside em São Paulo e trabalha numa perucaria; e 3) Natalia, 20 anos, desempregada, sofreu o acidente há 7 anos, escarpelamento total, tem o Ensino Fundamental incompleto, reside em Brasil Novo.

As escolhas se deram pela variedade das suas biografias, assim, apresentando-me uma diversidade dentro do grupo de mulheres asso-

ciadas e entrevistadas. Dentre elas, haviam subclassificações das assistentes sociais da ORVAM, isto é, as vítimas que “superaram” e as vítimas que “não superaram”. Optei por falar com dois grupos de mulheres, como irei detalhar ao apresentar as interlocutoras.

Esses espaços e agentes propiciam um aprendizado sobre a própria condição e visam um empreendimento num discurso de cuidado e tratamento, indicando uma “conduta terapêutica” a ser seguida, assim para a recuperação e superação do adoecimento que transcende ao “acidente” e lhes causa o trauma, como veremos ao longo desse trabalho.

“O ACIDENTE DOS CABELOS QUE ENROLAM NO MOTOR DO BARCO”: NARRATIVAS DE DOR E SOFRIMENTO DAS VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO

Nesse tópico, apresentarei o contexto partindo das “experiências de sofrimento” (KLEINMAN, 2006) das vítimas de escalpelamento. A partir de Kleinman, a experiência do sofrimento é limitada à lógica humana, e como experiência social, pode ser vista de dois modos segundo o autor: coletiva apropriada por indivíduos através das percepções e expressões; e também a partir da experiência da doença, resultando em interações e relações com outros agentes. Como veremos ao longo do trabalho, os dois modos são percebidos nesse estudo. A percepção sobre o que significa ser vítima de escalpelamento mobiliza outros atores sociais do cenário amazônico e por vezes nacional. Tenho considerado como um “fenômeno de sofrimento social enquanto fatos sociais totais” (PUSSETTI, BRAZZABENI, 2011), isto porque o escalpelamento apresenta-se com várias esferas e dimensões tanto econômicas, quanto sociais, religiosas, estéticas, jurídicas, morais, políticas e culturais.

Evans-Pritchard (2005) percebeu entre os azande a causalidade, a fim de explicar os infortúnios decorrentes do que o antropólogo inglês traduziu como bruxaria. A causalidade é uma das categorias do entendimento (OLIVEIRA, 1981; DURKHEIM, 1995) que organizam o pensamento dando sentido às coisas, além de causalidade, são elas: tempo, espaço, gênero, número, substância e personalidade (DURKHEIM, 1995, p. 13). As causas dos acontecimentos para Evans-Pritchard entre os azandes são explicadas através de causas místicas como bruxaria, e também por causas empíricas, tal como a possibilidade de um tronco desabar por ataques de cupins. Ambos os sentidos não são excludentes

ou sobrepostos, o autor afirma que os azandes sabem que havia possibilidade de tropeçar em uma pedra, mas mesmo assim, a causa do evento é justificada pela bruxaria.

Para os “acidentes” de escarpelamento, as vítimas apontam o “descuido” como causa, mas ao racionalizar e processar a precariedade na construção da embarcação refletem que poderia ter sido evitado, se o dono da embarcação – que na maioria das vezes são familiares – tivesse coberto o eixo rotativo. Já os donos das embarcações atribuem a culpa, às autoridades marítimas pela demora e burocracia em realizar a cobertura. Algumas das ações e estratégias do governo do Pará, incentivam que os meios de prevenir o “acidente” é a reeducação: prender os cabelos, evitar ingressar em uma embarcação com eixo descoberto ou denunciar embarcações que estejam irregulares.

Inicialmente, havia delimitado falar somente com vítimas classificadas pelas assistentes sociais da ORVAM como “as que superaram” como sinônimo de “essa consegue falar a respeito”, contudo, refletindo sobre essas categorias, pensei se não estaria fazendo uma etnografia monolateral. Afinal, e as vítimas “que não superaram”? e as que “não conseguem falar”? Quem são? Assim, para chegar a esse segundo grupo, criei estratégias para estabelecer uma relação e dialogar sobre suas experiências do ponto de vista variado (casamento, família, escola, trabalho, tratamentos) que quisessem apresentar-me e não apenas partindo do “acidente” – uma vez que o silêncio ou o desconforto sobre esse tema é presente entre algumas.

A primeira interlocutora que apresentarei é Renata. Hoje, Renata tem 46 anos, classificada pelas assistentes sociais como “uma vítima que consegue falar”, realizou um curso de peruqueira e assumiu a atividade voluntariamente na ORVAM. Renata confecciona perucas para outras vítimas e para si. Durante um dos nossos primeiros contatos na sede da ORVAM, ela narrou um pouco sobre o seu “acidente”, que ocorreu há 23 anos (quando tinha apenas 22 anos). Ela percorria o rio Atatá, no Município de Muaná em direção à casa de um parente, Renata não imaginava que sua vida mudaria para sempre.

Morava numa área de várzea. Então fazia travessia numa bajara, acabei deitando para descansar. Quando acordei com uma forte puxada na cabeça... Depois só lembro de estar toda molhada de sangue a

caminho do hospital, onde fiquei vários meses até sarar as feridas da minha cabeça... saiu pele da minha testa e parte da minha sobrancelha. De lá pra cá, fiz quatro cirurgias para tentar corrigir as sequelas, fazendo enxerto, cirurgia plástica também... Já fiz umas quatro cirurgias. As pessoas olhavam para a gente como bicho, como uma pessoa diferente. Hoje não. Isso melhorou bastante. Com a divulgação dos casos a sociedade passou a compreender o que passamos. Quando sofri o acidente, eu me sentia diferente das outras pessoas, ficava triste e chorava... Fiquei traumatizada. Me isolei, sentia vergonha que as pessoas me vissem. Eu não me aceitava. Não queria que ninguém me visse. Mas eu superei quando me aceitei e fiquei sabendo de outras mulheres que não tinham superado, era importante a gente se ajudar. Tem gente aqui que não quer usar a peruca porque tem medo de andar na rua e de puxarem. Quando eram crianças, os colegas puxavam e por vergonha as meninas desistiam de estudar. Algumas não conseguem nem se olhar no espelho. Tem algumas mulheres que dizem que se sentiam um monstro, e tem gente que chamava elas assim na rua. É triste! Tem mulher que se acha feia. Assim como foi difícil eu me aceitar e me olhar no espelho, essas mulheres precisam vencer esse trauma, saber que somos guerreiras, temos nossa beleza. Quando elas conseguem entender que tem uma beleza diferente, resistente, elas saem dessa depressão. O acidente levou nosso cabelo, nossa vida. Por isso a gente tem mesmo que se maquiar, arrumar o cabelo, mesmo sendo peruca. Cada vitória é importante para a gente recuperar nossa autoestima. A gente carrega esse trauma com a gente, é preciso a gente superar essa lembrança ruim todos os dias. O nosso comprometimento físico e emocional foi a razão pela qual a gente busca motivação para continuar nossos esforços e por isso a importância de nos juntarmos com outras mulheres que vivem as mesmas coisas que vivemos. Nosso dever aqui é contribuir para a erradicação do escalpelamento daqui da Amazônia. A gente sabe que esse é um problema de saúde pública e social. Os donos dos barcos não estão nem aí para as pessoas que transportam. Eles só mudam quando a tragédia atinge alguém da sua família. (Entrevista realizada em agosto de 2018.)

Renata narra situações que vivenciou no cotidiano e que envolvem diretamente a sua condição em ser vítima de “acidente” de motor rotativo. As demais vítimas positivaram o fato dela confeccionar perucas. Na ORVAM ela é identificada pelas assistentes sociais também como uma vítima que “se quiser, ela também mostra a careca”, “Renata é boa pra falar, ela superou”, “Renata consegue falar muito bem do acidente”. Isto me faz pensar, o que significa “superar” um acidente traumatizante. Quando silenciarmos, não temos acesso às memórias, testemunho, sentimentos, desejos, anseios. Seguindo essa lógica, entendo que a categoria “superar” é uma ação, caminha em direção da tomada de conhecimento do coletivo: manifestar-se, apresentar-se, falar sobre, mostrar-se, são ações performáticas positivadas aos olhos dos outros e dadas como exemplos de “superação”.

Juliane Bazzo (2017) realizou um estudo a partir da mobilização social e política das vítimas de *bullying*. A autora percebe que o *bullying* não é apenas um termo formulado para identificar um tipo específico de violência, ele promove pensar tipos específicos de formas de superação e auto-superação. “Superar” o escarpelamento, nesse caso, tanto para as vítimas quanto para as assistentes sociais da ORVAM, é apresentar sua experiência de sofrimento como uma questão pública. As vítimas apresentadas por Bazzo, buscam vencer a violência física e simbólica e se autoaceitarem. As interlocutoras do meu campo de estudo, visam superar os danos corporais causados pelo “acidente”, bem como os estigmas sofridos no ambiente escolar, trabalho, comunidade e até familiar.

A ideia sobre “superação” se repetiu ao falar com outra interlocutora, essa por sua vez, chamada Katia. Ela me disse que o seu sonho é poder encontrar todas as vítimas e tirarem seus lenços e perucas em uma sessão terapêutica, em grupo, mediado por uma psicóloga. Nesse contexto, superação também está imbricado a vencer o estigma (GOFFMAN, 1975). Logo, Goffman ajuda a pensar sobre a categoria do estigma, a partir de constituições identitárias, em especial dos enfermos. O autor reflete sobre as expectativas dos encontros, e quando um ou mais fogem os padrões esperados socialmente. Em resumo, o estigma é uma não aceitação plena de alguém por falta de algum atributo – nesse estudo que apresento, algumas vezes temos a não autoaceitação. Ao estigmatizar alguém, o rotulador busca evidenciar o que considera estar dentro

da “normalidade”. Portanto, as relações que estabelece com pessoas distintas, marcam as diferenças corpóreas, implicando na interação com sujeitos não estigmatizados.

Dentre as mulheres vítimas de escalpelamento que integram a ORVAM, também conheci Sara, de 31 anos. Ela me contou que não aceitava as sequelas do “acidente” que sofreu na infância, quando o eixo do motor de um barco arrancou parte do seu couro cabeludo. “Eu me achava feia e perdi a autoestima”. Conta ela:

Fui vítima de escalpelamento aos 11 anos de idade. Estava em um barco com a minha família, voltando do centro de Anajás, na Ilha do Marajó, para casa quando deitei no assoalho para descansar. A viagem era longa. Dormi e, ao virar de lado – havia uma fresta entre as tábuas –, o eixo do motor arrancou parcialmente meu couro cabeludo. Meu tio estava de frente para mim e conseguiu desligar o motor a tempo do estrago ser ainda maior.

Eu desmaiei e só lembro de ter acordado no colo da minha tia, com a roupa toda ensanguentada e com um pano enrolado na cabeça. Todos estavam desesperados. Eu fiquei confusa e comecei a chorar. Sabia que algo tinha acontecido, mas não tinha certeza do quê. Senti uma dor forte na cabeça. Minha visão ficou embaçada, meu rosto roxo e o corpo machucado e inchado. O acidente ocorreu por volta das 11h, mas só consegui chegar ao hospital às 17h, onde recebi os primeiros socorros, curativos e medicação para aliviar a dor. Como a cidade era pequena, não havia profissionais capacitados para lidar com o meu caso, que foi o primeiro de escalpelamento registrado em Anajás. No dia seguinte, eu e minha mãe fomos de avião para Belém, onde fiquei internada por um mês e meio num hospital mais estruturado. Com 45 dias, fiz a primeira cirurgia reparadora. Os médicos raspam o meu cabelo e fizeram um enxerto no couro cabeludo com a pele da minha coxa. Fiquei deprimida ao me ver careca, só chorava. Eu perdi minha feminilidade e minha autoestima. Era como se estivesse faltando uma parte de mim. Eu me olhava no espelho e parecia um menino. Me achava feia e não me aceitava. Antes do acidente, meu cabelo era lindo: liso, comprido e castanho. Durante anos, usei lenço, touca e chapéu para tentar esconder o que tinha acontecido comigo. Na escola, as outras crianças me zoavam, me chamavam de careca e

mexiam na minha cabeça. Eu não conseguia me defender. Falei para a minha mãe que não iria mais à escola. Eu parei de estudar na quarta série, aos 11 anos, e só voltei aos 15. Estudei por mais um ano e tive que largar os estudos porque me mudei para Belém, em busca de tratamento, fiz nove cirurgias reparadoras. Era um processo dolorido, às vezes o couro cabeludo rejeitava o procedimento. Quando ele chegou à altura do ombro, deixei de usar lenço e chapéu, mas só o usava preso, fazia coque ou rabo de cavalo. Nunca usei peruca. Além de ser cara, achava que nenhum modelo combinava comigo. Sofria preconceito e não tinha vontade de sair de casa. Evitava ir à praia porque, se mergulhasse, a água evidenciaria as cicatrizes e falhas do meu cabelo. As coisas começaram a melhorar em 2011, quando conheci a ORVAM. Fiz um curso de peruqueira e me tornei voluntária da ONG. Resgatei minha autoestima quando coloquei o alongamento. Eu me senti bonita e recuperei a minha feminilidade. Às vezes, até esqueço que sofri o acidente. Ter meus cabelos de volta – ainda que com o alongamento – representa vida nova e superação. Hoje, me sinto livre para ser feliz e me aceitar do jeito que sou.

(Entrevista concedida em março de 2019).

A narrativa de Sara traz concepções sobre esse “processo de aceitação”, e aponta como a instituição a ajudou a “se abrir” e “falar dos sentimentos”. Nesse sentido, reflito sobre o relato de Sara a partir das “rupturas biográficas” (BURY, 1982), para o leitor compreender como o “acidente” altera drasticamente a vida das vítimas de escarpelamento. Existindo sempre um antes e um depois do evento traumático, salientando continuidades e discontinuidades em suas narrativas. Ou seja: “antes do “acidente””, “depois da ORVAM”. Afinal, o que significam essas subjetivações no plano social de maneira prática? Elas vão interferir diretamente na socialização das vítimas, e as obriga a refletirem e racionalizarem suas próprias condições para exporem suas demandas. Tal como apresentam em suas narrativas, apontam que almejam “recuperar a feminilidade”, “recuperar a autoestima”, e isto é possível através das interações sociais com agentes e especialistas, as redes de apoio de vítimas que compartilham entre si as experiências, além do trabalho das voluntárias para a materialização dos cabelos, por meio da confecção de perucas.

A expressão “mulheres escarpeladas” é comumente usada por agentes do Estado, mídia e sociedade civil, mas não tão bem aceita pelas vítimas – termo que não vou utilizar nesse trabalho em respeito às escolhas das interlocutoras. O desconforto das vítimas vem dos estigmas que a expressão carrega e as remete. Deste modo, a categoria escarpelamento funciona como um dispositivo que aciona a experiência do sofrimento ou o trauma, como elas narram. Pensando no trauma, Didier Fassin (2014), vai buscar desmistificar essa categoria subjetiva e fundamentada a partir do inconsciente humano, revelando as condições morais subjacentes. Desde o surgimento da categoria trauma, o autor discorre:

Es con Pierre Janet y especialmente con Sigmund Freud que el trauma entra en el campo de la psicología 3. Apareciendo inicialmente en las descripciones clínicas de las víctimas de accidentes ferroviarios a finales del siglo XIX, fue concebido hasta entonces como una lesión anatómica de la médula espinal y por lo tanto pensado dentro de un paradigma neurológico (FASSIN, 2014, p. 4).

Fassin contextualiza o desenvolvimento dos estudos sobre o tema no campo da Psicologia, assim, ele conta que o trauma esteve relacionado a subjetividade, memória, sofrimento. Essas reflexões surgiam a partir de experiências no trabalho e na guerra. Com o tempo, passou-se a pensar em benefícios e compensação financeira aos traumatizados, responsabilizando uma empresa, o Estado ou alguém por submeter pessoas a um trabalho considerado perigoso e de risco (FASSIN, 2014). Nos dias atuais, por exemplo, o Ministério do Trabalho (MT) do Brasil fiscaliza atividades insalubres e perigosas, delimitando atividades e construindo noções de trabalhos que seriam considerados saudáveis e seguros. Está previsto em lei do MT que o trabalhador exposto ao contato com produtos radioativos, explosivos, materiais ionizantes ou inflamáveis e eletricidade, considerados insalubres, deve ganhar entre 20% e 40% a mais do salário.

Fassin pontua ainda, que o trauma foi um recurso utilizado pelos guerrilheiros durante a Primeira Guerra Mundial. Muitos soldados estavam com sintomas como histeria ou delírio, sendo o primeiro sintoma considerado mais brando e o segundo mais grave; havendo assim uma

qualificação do trauma. O autor entende que o trauma é um recurso que possibilita gerar compaixão, obter reconhecimento de direitos, bem como o direito à cidadania. Assim, o trauma primeiro é considerado uma política de reparação, segundo uma política de testemunho e terceiro uma política de evidência (FASSIN, 2014). Desta maneira, o trauma funciona como um dispositivo de economia moral, em que as vítimas podem acionar os seus sofrimentos para o reconhecimento social, sendo preciso manusear e mobilizar o trauma como fundamento para expressar as suas demandas.

Fassin (2014) me ajuda a pensar o quão polissêmico se apresenta a categoria trauma, havendo a perspectiva do traumatizado e do Estado sobre, desta forma, como é acionada também a categoria vítima em consonância, já que uma pessoa com trauma é também uma vítima de um evento (SARTI, 2009). Fassin então aponta que o trauma pode ser entendido tanto da perspectiva do indivíduo e da cultura quanto do ponto de vista político. Para o autor, uma pessoa que vive com trauma também convive num contexto de sofrimento, esse sofrimento tem como característica o sentimento de dor, as dores podem ser psíquicas ou físicas e interferem nas relações das pessoas. Retomo Arthur Kleinman, que por sua vez, sugere que devemos nos deter aos discursos para compreender o trauma com base nas experiências e não somente a partir do discurso biomédico. Fassin entende que o trauma se torna lugar de ação social e política – ele afirma que se há trauma, é preciso haver ação. Portanto, o trauma como produto social, é entendido como advindo de crises, sejam elas bélicas, individuais, catastróficas e acidentais, sendo esse último, o caso do escalpelamento. Para tanto, o trauma mobiliza agentes e instituições, criando compaixão e afetos ligados a uma linguagem de solidariedade.

Como uma parte dessas mulheres vivenciou o evento traumático ainda na infância ou adolescência, o tratamento afeta as relações familiares devido ao longo período de internação e da necessidade do pai ou da mãe acompanharem-na nos hospitais que ficam longe das regiões ribeirinhas onde residem. Para ter ideia, quando dizemos longe, muitas vezes não é utilizada a quantificação em quilômetros, mas sim em dias de viagem de barco ou ônibus da região que reside até a capital. Um exemplo, a cidade de Santarém, no Oeste do Pará, no qual residido fica a três dias de barco da capital, ou três dias de ônibus, ou 50 minutos de

avião até Belém. Porém, nem todas as regiões dispõem de aeroportos ou estradas, sendo os rios o principal meio.

Retomando, a categoria pós-acidente é oriunda das assistentes sociais da ORVAM e implica num acompanhamento e continuidade após o evento traumatizante. Mais uma vez, a formulação do termo contribui com a legitimidade da assistência necessária, atuando como vitimizadores (BARTHE, 2018). A assistência e cuidado requerido durante o pós-acidente é também reconhecido pelo Estado, sendo este um processo institucionalizado. No tratamento que corresponde ao acompanhamento do pós-acidente, as vítimas são instigadas num árduo e longo processo para reconstruírem seus corpos e conseqüentemente sua autoestima. Isto é, ainda num jogo de representações (GOFFMAN, 2009) para demonstrarem que estão bem, superaram o “acidente” e se aceitam como estão. Muitas exigências sociais para serem assimiladas e subjetivadas.

Para Andrea Tochio (2012), a autoestima aciona um jogo de expectativas, dilemas e constrangimentos, concepções estas, referentes ao corpo e gênero. Recuperar autoestima nesse contexto, implica dizer que essas mulheres tem uma baixa autoestima, que de maneira geral, pode ser traduzida por uma preocupação com a aparência, uma insatisfação com o corpo mutilado, dores físicas e emocionais, complexos e incômodos com a aparência, o peso do olhar do outro, a inadequação do corpo a partir de outros modelos tidos como padrão. Logo, a peruca pode curá-las, no que diz respeito a qualidade de vida, fazendo essas mulheres sentirem-se mais seguras e de bem-estar com si próprias e sob o olhar dos outros.

Ou seja, é importante assinalar como a perda dos cabelos provoca um “adoecimento”, e nessa busca pela autoestima, atribuem valor material e simbólico ao uso da peruca no que elas chamam de “ser mulher de verdade”. O que está em jogo são as construções de sentidos sobre a moral, ao que consideram o que é a felicidade, saúde e bem-estar. Nesse sentido, Tochio aponta que há um imperativo moral que nos obriga ao cuidado de si. Isto é, cuidar da aparência deixa de ser apenas uma questão de vaidade e torna-se essencial para reestabelecer a saúde e o reconhecimento da própria feminilidade dessas mulheres. Metaforicamente, a peruca transforma-se num remédio para a cura que as mulheres ribeirinhas vitimadas buscam. Na ORVAM, em uma

das minhas visitas de trabalho de campo, observei as assistentes sociais informando como deviam cuidar da peruca. Dentre as indicações temos: não tomar banho ou dormir com a peruca porque pode ferir a cabeça e deve-se passar hidratante. A recuperação da autoestima então perpassa uma conduta terapêutica orientada e institucionalizada, o que implica na necessidade de um cuidado cotidiano.

Por outro lado, as vítimas narram que não conseguem ficar sem a peruca nem mesmo dentro de casa. Algumas relatam que os vizinhos olham por cima do muro, para as verem “nuas” (sem a peruca). O sofrimento transcende o “acidente”, já que sofrem com as dores e feridas do corpo e agora com os estigmas, por exemplo, ao narrarem que enfrentaram preconceitos nos ambientes escolares, optando por desistirem dos estudos. Quando o “acidente” ocorre com mulheres adultas, elas narram que além de não conseguirem emprego, justificado por conta da aparência, algumas são abandonadas pelos maridos. Hoje, essas mulheres convivem com lembranças de sofrimento.

Na próxima narrativa, temos a trajetória de Natália de 20 anos. Para mim, um caso emblemático. Embora ela seja identificada pelas assistentes sociais da ORVAM como alguém que “superou” o “acidente”, ao conversar comigo, ela apresenta dúvidas entre esconder ou mostrar suas cicatrizes – retomando a reflexão sobre o significado de superação. Nos encontramos na ORVAM, num dia em que ela foi atrás de sua peruca.³ Eu e Natália fomos para a sala da diretora da ORVAM e lá me apresentei como de costume, falei da minha pesquisa, um pouco da minha trajetória, e então passei a perguntar algumas questões variadas. O texto que segue é a construção desse diálogo estabelecido por mim e ela.

Você quer que eu fale do meu acidente? Eu prefiro falar de onde eu sou. Sou de Porto de Moz, num dia 15 de junho, numa quinta-feira, quando eu tinha 13 anos, numa bela tarde... (risos) sempre brinco falando numa bela tarde. Fui pra escola, num transporte escolar, eu usava cabelo rabo de cavalo, fui tirar a água com um balde e arrancou, eu não desmaiei, graças a Deus. Muita gente diz, eu preferia

3 A escolha da peruca envolve um processo performativo, o qual chamam de “encaixe da peruca”. No trabalho de tese esse processo é etnografado e refletido antropológicamente.

desmaiar, eu não. Vi do começo ao fim, pessoas chorando, pessoas se lamentando, eu dizia gente, eu vou morrer? Ao invés das pessoas me darem força, eu que tive que dar força para eles. Cara, tá acontecendo... Teve todo um processo, foi rápido, a prefeitura me mandou logo pra Belém, quando cheguei na Santa Casa, eu perguntei “O que tá acontecendo comigo? Alguém me responde!”. Quem me atendeu foi a Rogéria Arruda, uma excelente médica. Um tempo depois das cirurgias, eu não conseguia entender o que tava me acontecendo. Quando um dia, sentei na frente de um espelho, tava usando um lenço. Me olhei no espelho depois de uns dez dias, eu pensei quem é essa pessoa? Eu quero meu cabelo de volta. Cadê meu cabelo? Me indicaram conversar com a psicóloga, chamo até hoje ela de mãezona, porque ela me acolheu, me ajudou a entender o que tinha acontecido. A ORVAM trabalha com o embelezamento, entende? Ela quer reestabelecer tua autoestima, te colocar pra cima... A Deyse nunca nos deu as costas, a gente pede peruca e a Deyse dá pra gente. Tem outra vítima aqui, a Ana Alice, dizem que somos gêmeas porque ficamos parecidas depois do acidente. Conversamos muito, a gente se dá força, olha fiz essa cirurgia, usa tal hidratante, e assim vamos trocando e nos ajudando. Hoje eu só quero ajeitar a parte do meu olho. Eu sou perfeita como eu sou, não importa se é branco ou preto ou gay, não importa. Hoje eu sou essa Natália, e me readaptei na sociedade. Aquela Natália que sofreu o acidente lá atrás, ficou no passado. Agora em junho vai fazer 7 anos. Há 7 anos eu sou essa que você tá vendo, não ligo pra nada, e só quero ser feliz. Que anda na sociedade e muito bem vista. Eu não penso em fazer uma coisa com medo do que a sociedade vai pensar, e se for pra correr atrás de uma coisa eu corro. Não são duas Natálias, é apenas uma, mas uma Natália que mudou. Já fiz 18 cirurgias, agora vou pra 19. Quanto mais a gente apressa as coisas, mais demora para acontecer. Eu aprendi muitas coisas. Nunca ninguém quer passar por esse acidente, mas isso me transformou. Eu não vou poder nunca deixar de me tratar. O tratamento tem começo, mas não tem fim. Muita gente tenta levar a vida normal, mas não dá. Na primeira vez que me olhei no espelho, eu percebi que era outra pessoa. Não perdi minhas orelhas, mas uso peruca para esconder meus olhos e essas cicatrizes da testa. Há 5 anos atrás, minha autoestima estava lá embaixo. E quando passei a usar peruca, eu me olhei no espelho

com aqueles cabelos longos, eu disse essa sou eu! Porque antes eu era muito pra baixo, não queria sair de casa. Um amigo disse, Naty que tal irmos nos alcoólicos anônimos? Eu pensei, fazer o que afinal, se eu nem bebo? Ele insistiu pra ver se eu ia me adaptar. Eu fui a primeira vez, eu gostei. Eu fui entender a situação das pessoas que bebiam, passavam por dificuldades, e eram piores que a minha. Queriam saber como eu estava lidando com isso? Eu pedi pra falar, e vi que minha história não era mais sofredora do que a deles. Não adianta vivermos escondidos em sociedade, não adianta. Passei 2 anos com depressão, assisti muita palestra. Eu comecei a frequentar a pastoral da acolhida, me aproximei da igreja católica, mas de fato o que me tirou da depressão foi os alcoólicos anônimos. Crianças me perguntam muito sobre se uso peruca, eu falo que foi acidente de moto pra não assustar tanto, mas muita gente pede pra tirar a peruca, eu digo não, poxa. As meninas hoje se dedicam mais ao tratamento e estudos, mas algumas casam e largam tudo, tratamento, estudos. De cirurgias já fiz raspagem de cabeça, enxerto, expansor, retirada e colocação do expansor, ajuste do rosto, reparador... e por aí, e meu sonho é a cirurgia pra consertar meu olho. (Entrevista concedida em maio de 2019).

Como podemos observar na narrativa de Natália, ela não reconhece as reais circunstâncias do seu “acidente”, preferindo esconder e justificando que o mesmo aconteceu de moto – um meio de transporte urbano. Nesse sentido, ela entende que um acidente urbano tem mais fácil compreensão e aceitação aos olhos dos outros do que um “acidente” em meio aos rios. A busca pelo seu bem-estar perpassa a omissão da verdade e de sua participação e integração em redes de apoio, seja na igreja ou no grupo de alcoólicos anônimos – neste último, o anonimato é a chave para entendermos como Natalia quer ser vista em sociedade, objetivando não ser correlacionada ao escalpelamento, o que é compreensível tendo em vista o peso que essa categoria representa. Seguindo David Le Breton (2012), aponta uma enorme discrepância entre o que sentimos e o que queremos transmitir aos outros. As habilidades sociais de um indivíduo incluem em ter o controle das suas emoções. As pessoas tentam mostrar aos outros, o que querem mostrar para si mesmas. Diante do controle das suas emoções, o indivíduo, de

acordo com o autor, manuseia sua imagem, manipula a representação e preserva sua autoestima.

A menos que su duplicidade se conozca desde hace tiempo o se revele de forma inesperada. Al mostrar los signos visibles de una emoción que no siente, u ocultando habilmente sus sentimientos, una persona construye de sí misma un personaje, responde a las expectativas de su público o muestra la identidad que desea obtener (LE BRETON, 2012, p. 75).

Portanto, o autor entende que as emoções não são produção de substâncias que devem permanecer no plano secreto, mas sim, um dispositivo que produz relações. Não é possível transferir uma emoção de um indivíduo para outro. Todas as pessoas do mundo têm um aparato vocal, mesmo assim não falam o mesmo idioma, justifica o autor. Assim, de uma sociedade para outra, as pessoas sentem as estruturas emocionais conforme seu aparato sociocultural, podendo ser similares, mas não idênticos. Logo, é importante a compreensão de que a emoção é interpretação, expressão, significação, relação, regulação de trocas (LE BRETON, 2012). Assim, as emoções se modificam conforme o público, o contexto, e se diferencia em intensidade e singularidade de cada pessoa, fazendo parte do simbolismo e ritual vigente.

Ainda nesse sentido, Goffman (2009) revela técnicas sobre o controle que os indivíduos procuram ter sobre as impressões que querem causar para os outros. Durante a representação do ator, valerá perceber todos os movimentos que ele quer passar, a comunicação corporal está presente nesse “jogo social”, em que é preciso seguir as regras de acordo com o ambiente em que estão inseridos.

Em presença dos outros, o indivíduo geralmente inclui em sua atividade de sinais que acentuam e configuram de modo impressionante os fatos confirmatórios que, sem isso, poderiam permanecer despercebidos ou obscuros. Pois se a atividade do indivíduo tem de tornar-se significativa para os outros, ele precisa mobilizá-la de modo tal que expresse, durante a “interação”, o que quer transmitir (GOFFMAN, 2009, p. 36).

Nesse contexto de “acidentes” na Amazônia, como a maioria das vítimas de escarpelamento são crianças e adolescentes, as interlocutoras apontam como não entendiam ou não sabiam o que lhes havia acontecido. Somente quando são expostas ao preconceito da sociedade, aos estigmas, hostilidades, o auto reflexo no espelho, tem a dimensão e conseqüentemente a racionalização da sua nova condição corpórea. Ao longo das narrativas das vítimas, conseguimos acompanhar um pouco suas perspectivas e experiências e quais os fluxos terapêuticos perpassaram em busca para reconstrução dos seus corpos mutilados em um “acidente” de mobilidade. Elas citam: igrejas, casas de apoio, família, hospitais e a ORVAM, à qual me detenho agora para apresentar ao leitor. As vítimas de escarpelamento, por sua vez, também se mobilizam e além de ocuparem o lugar de quem sofre, tornam-se potenciais terapeutas contribuindo para a recuperação da autoestima e feminilidade das outras mulheres – a exemplo na produção de perucas – como vimos nas narrativas das interlocutoras anteriores.

Seguindo Waleska Aureliano (2007), reflete os papéis femininos na experiência do câncer de mama, na interseção das categorias gênero, saúde e trabalho. Nesse sentido, nossas pesquisas se aproximam, uma vez que tanto o câncer de mama quanto o escarpelamento, trazem significações quanto a representação do que é ser mulher em sociedade. Essas representações perpassam pelas noções de maternidade, sexualidade e feminilidade. Aureliano pontua como o adoecimento do câncer interfere nos papéis sociais historicamente instituídos como sendo femininos, já no caso do “acidente”, também provoca um chamado para reconstrução da feminilidade e reestabelecimento da autoestima.

Logo, os cabelos longos aparecem constantemente nas narrativas das vítimas de escarpelamento, como um símbolo feminino, e uma idealização de corpo a ser alcançado tal como veremos a seguir. Assim, ter os cabelos longos, sejam naturais ou através do uso de perucas, fazem parte da construção social de um tipo idealizado, de como se espera um corpo feminino no Ocidente, em contexto Amazônico, dentre as populações ribeirinhas. Por outro lado, há a responsabilização da mulher quanto ao “acidente” quando se utilizam discursos de prevenção, como por exemplo, indicar que as mulheres prendam os cabelos quando ingressarem numa embarcação sem a proteção no eixo de motor. Ou seja, muito mais fácil culpabilizar o “descuido” da

mulher, do que a estrutura da embarcação, que não garante segurança para nenhum passageiro, já que o eixo descoberto também pode mutilar membros.

ORVAM – ONG DOS RIBEIRINHOS VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA

De acordo com as estatísticas da Secretaria de Saúde do Pará (SESPA), mais de 400 pessoas, dentre elas, a maioria mulheres, sofreram o “acidente” com perda parcial ou total do escalpelamento somente no Estado do Pará. Seguindo a organização não governamental ORVAM – composta por 150 vítimas, entre estas, 148 são mulheres e 2 homens. A ONG foi o principal meio para produção de dados e redes com outros agentes, pude ter contato com as integrantes, doadoras de cabelos e assistentes sociais. Essas conversas resultaram na seleção de três⁴ mulheres acometidas pelo “acidente”, a fim de elucidar suas experiências, sem o intuito de torná-las homogêneas, pelo contrário, exemplificando a diversidade de histórias contidas num grupo que integra pessoas adultas e crianças, com diversas teias de relações, se levamos em consideração todo o núcleo familiar.

A ORVAM é um dos espaços percorridos pelas interlocutoras e identificados para esse estudo. A ONG abre às segundas, quartas e sextas, e está localizada no Município de Belém, no Pará. A sua sede é uma casa de cor rosa, com a faixa pintada em dois tons, faixas de rosa claro intercalados com um rosa escuro. A logomarca da entidade, recebe um tom lilás – a sua representação, traz duas cabeças de mulheres com cabelos longos em formato de um coração. Quando adentramos na sede, temos o revestimento das paredes em tonalidade branca, os cômodos estão divididos com uma sala principal – mesa de madeira com oito lugares, ao redor, próximo as paredes se encontram cinco máquinas de costura. Sob a mesa pude ver manequins com a representação da cabeça para expor as perucas confeccionadas.

Cheguei numa quarta-feira, um pouco depois das 9 horas da manhã, fui recebido por Alessandra – secretária administrativa da ONG, que me

4 Ao longo da pesquisa, tive contato com 15 vítimas que estavam em Belém em busca de tratamento. Mas para delimitação e aprofundamento do tema, me detive ao foco de três experiências e itinerários.

explica sobre o funcionamento da ORVAM. Em seguida pude falar com a atual presidente da ORVAM, Deyse – também assistente social. Em seu depoimento me conta que a instituição foi idealizada em 2010 por um grupo interessado na causa, incluindo as próprias vítimas e familiares. Então, foram iniciadas as reuniões, composição da diretoria, delimitamento do estatuto e a realização das atas de constituição. No entanto, somente em 2011 ocorreu a efetivação do projeto com a entrega da sede doada por um grupo de mídia televisiva, a criação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e início das atividades, como o cadastro das vítimas, criação de mídia social (*site*), recrutamento de duas estagiárias de assistência social, a realização dos primeiros atendimentos psicossociais e a capacitação das primeiras integrantes para curso de confecção de perucas, o curso de relações interpessoais para as integrantes, aula de dança semanalmente oferecida voluntariamente por um professor de dança da Universidade Federal do Pará (UFPA), a divulgação do projeto em universidades/faculdades locais e regionais por meio de palestras, bem como, a realização de entrevistas em rádio, jornal e televisão local.

A principal atividade realizada pela ORVAM é a oficina e confecção de perucas com cabelos naturais doados por voluntárias. Dentre elas, 91 mulheres possuem perucas de cabelo natural fornecidas gratuitamente pela instituição, as demais vítimas têm resistência em utilizá-la com a justificativa de desconforto na região e pela percepção da autoimagem que não está vinculada a nova peruca, preferindo manter-se com adereços como lenços e chapéus. Por esse motivo, essas mulheres ainda não receberam as perucas, sendo justificado pelas coordenadoras da ORVAM por “ainda não auto se aceitarem”.

Zenobi (2017) vai argumentar sobre a importância dos números, estatísticas e índices para elucidar a relevância de um dano, ou mensurar e quantificar o sofrimento. Isto implica numa segmentação do sofrimento e um nivelamento e diferenciação entre as vítimas, ou seja, agora temos níveis de danos. Utilizam de tecnologias e instrumentos que se aplicam a mensuração de porcentagem ou índices: um divã, prontuário, questionários, entrevista, reproduzem representações e formas que visam objetivar o sofrimento.

Segundo Magno et al. (2012), a Capitania dos Portos da Amazônia Oriental registrou 192 acidentes com escarpelamento no Estado do

Pará, entre 2000 a 2010, enquanto que a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) contabilizou 227 casos no mesmo período. Os mesmos autores informam que no Estado do Amapá existiam naquela data 1.400 mulheres vítimas de escarpelamento. Dados epidemiológicos inexistem para dimensionar oficialmente o quadro no país, por não se tratar de um evento com notificação obrigatória. Com isso, a invisibilidade epidemiológica desses acidentes persiste, o que tem causado ausência de políticas públicas para a erradicação e o controle desse tipo de acidente, a exceção do Estado do Pará.

Nesse sentido, levando em conta o número de casos de escarpelamento, o Estado tem um grave problema de notificação, e vem buscando corrigir isso. Uma vez que os “acidentes” de escarpelamento são notificados como “acidentes de barcos” em geral (afogamento, mutilação de membros). Vale ressaltar que os números ajudam a evidenciar a gravidade do problema, dando a dimensão da quantidade de pessoas que vivem nessa situação advinda da necessidade de mobilidade, isto é, o direito de ir e vir, mesmo nos rios e acima de tudo com segurança. Em meio a pandemia da Covid-19, vemos a importância dos dados oficiais, onde o atual governo federal suspendeu a sua divulgação, tirando o *site* do Ministério da Saúde do ar. Isto implica dizer que sem “notificação não há evidências” nem dimensão da propagação da doença, maneira pela qual se pode maquiá-los.

As assistentes sociais da ONG utilizam um instrumento de subjetivação chamado “Relato Social”, onde registram narrativas das vítimas e acompanham as suas “evoluções”, apresentando desde as circunstâncias do “acidente”, as suas vulnerabilidades. A instituição corporifica técnicas como a do relato social que possibilita a confissão, exposição do eu. Nesse processo de escuta entre assistente social e vítima, elas identificam quem “superou” ou não, estabelecendo uma hierarquização e julgamento normalizador. Quando hierarquizadas, sustentam e qualificam um tipo ideal de vítima dentre as outras, subjugando quem prefere o silêncio.

Desde a fundação da ORVAM, a entidade tem realizado atendimento continuamente, isto é, como entidade civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e com a prestação de serviços na área de assistência social. A ORVAM tem como missão trabalhar a autoestima, o combate ao preconceito e a promoção ao mercado de trabalho por meio

de palestras em instituições de ensino, em praças, na mídia e em locais que possam esclarecer as causas e consequências do escalpelamento às vítimas; além de promover renda a essas mulheres com a venda de artesanato e perucas produzidas por elas.

A partir de 2011, com o início da confecção das primeiras perucas na instituição, surge a necessidade de arrecadação de cabelos como matéria prima para sua confecção, gerando as primeiras campanhas de conscientização sobre o escalpelamento e luta contra o preconceito. Com isso, a ONG cria o primeiro evento chamado “Minha vida por um fio”, que tem como objetivo divulgar e arrecadar cabelos e alimentos para a instituição. Uma expressão dúbia, mas carregada de simbolismo e que também coube para intitular esse trabalho de tese. Isto é, as expressões êmicas presentes nas falas das vítimas de escalpelamento, comunicam dores e sofrimentos, embora inscritos pela utilização de metáforas – com a presença das palavras vida, fio, beleza, esperança – não são só enunciados que buscam personificar e descrever os estados emocionais, mas produzem uma queixa e, desse modo, significam o início de um jogo de linguagem.

O assistencialismo da ORVAM, de outras instituições e de mulheres voluntárias carregam consigo o discurso do sentimento de solidariedade. Este sentimento é de quem se dispõem a doar os seus cabelos e publica nas redes sociais, explicando os motivos pelos quais deseja fazer esta benevolência. O que para mim reflete o que Fassin (2016) chama de ideia humanitarista. O humanitarismo para o autor acentua as desigualdades preexistentes. Tem a noção de “todos somos humanos, mas diferentes”, já que um está em posição de privilégio e pode ajudar e o outro necessita de apoio. Nesse sentido, vejo o humanitarismo como uma linguagem acionada para a produção de políticas públicas e intervenção emergente. O autor assinala que nos anos 1990 houve uma explosão de ações chamadas humanitárias que tem valor moral e fundamenta-se em valorizar e respeitar a vida e a dignidade humana, partindo da ideia “ninguém merece viver nessas condições”.

Deste modo, Fassin vê que a compaixão é acionada como sentimento que impulsiona a reciprocidade, diferente da noção de Mauss, esta relação é assimétrica, já que quem ajuda não pode retribuir. Seguindo Alain Caillé (2014) aponta o “*care*” para entendermos esta dimensão social. Primeiro o autor elucida a diferença entre “dádiva” e “*care*”, em que

a primeira obrigatoriamente, sempre e em todo o lugar, com base em Marcel Mauss requer além da “dádiva” a “contradádiva”, e a segunda, para o autor, é preferida a utilização do termo em inglês, uma vez que em português se aproximaria do significado do cuidado; em francês evoca outras noções como compaixão, cuidado, atenção, benevolência etc. Partindo da noção de “*care*”, quem ajuda tem como retribuição o sentimento de benevolência, deixar-se ser ajudado seria uma forma também de retribuição. Logo, as mulheres vitimadas pelo “acidente” precisam da assistência dos especialistas em saúde, o apoio das ONGs, e da benevolência de outras mulheres para doarem seus cabelos para a confecção de perucas.

Por outro lado, também conquistaram um direcionamento do Estado a institucionalizar assistência às vítimas de escalpelamento. Para isso, é mantida a Casa de Passagem Espaço Acolher, local criado pela Santa Casa de Misericórdia do Pará, para dar atendimento às acidentadas e aos familiares que as acompanham durante o período de tratamento médico, onde também funciona uma classe hospitalar a fim de dar continuidade aos estudos daquela jovem durante o tratamento. São atendidas desde crianças e adolescentes de 07 a 18 anos incompletos até adultos, funcionando como uma casa de apoio para contribuir diretamente no tratamento, uma vez que as idas e vindas pelos rios para chegar até a capital prejudicava o processo de cicatrização e eficácia das cirurgias. A Classe Hospitalar do Espaço Acolher apresenta como proposta um trabalho estruturado, com atendimentos específicos, para cada nível de ensino, com ações de escolarização e projetos pedagógicos interdisciplinares, que contribuem para assegurar o direito à educação, cidadania e resgate da autoestima dos alunos atendidos – ofertam oficinas de arte e informática, por exemplo. Além do Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escalpelamento que a Fundação Santa Casa fornece. A Santa Casa tornou-se referência regional no atendimento às vítimas de “acidente” por escalpelamento, e garante a essa demanda assistência integral, contando com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos e equipe de apoio.

Por conta da articulação política de agentes do Estado como de políticos dentre eles a Janete Capiberibe do Amapá (onde também ocorre o

acidente), e de pesquisadores do campo da Saúde Coletiva como Carlos Minayo e Paulo Pena, agentes de saúde e assistentes sociais, e algumas vítimas de Macapá conseguiram em 2017 junto ao INSS e com intermediação do Ministério Público Federal o reconhecimento enquanto pessoa com deficiência. Contudo, nem todas as mulheres recebem o benefício, isso porque precisa de um reconhecimento do Ministério da Saúde enquanto normativa que contemple todas as mulheres que sofreram o “acidente”. Levando em conta o discurso médico reproduzido pelas interlocutoras, as mulheres têm níveis distintos de escalpelamento, e são niveladas numa linguagem que se utiliza de porcentagens. Posteriormente, acompanharemos a dificuldade e a burocracia para acessar esse direito. Relatos de humilhações estão presentes na relação entre médico perito e vítima.⁵

No dia 14 de março de 2019, houve um evento na Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA), em comemoração à semana da mulher. Encontrei com as participantes da ORVAM às 8 horas e 30 minutos da manhã na sede da ONG, onde aguardamos o ônibus da UFRA para nos buscar. Estavam presentes 7 voluntárias e estagiárias, mais a presidente Deyse, todas fardadas com camisas pretas e a logomarca da entidade no centro das camisas. Havia 7 vítimas, dentre elas uma criança de 8 anos de idade, acompanhada da mãe. Na universidade, fomos para um auditório com a presença de alunos, professores, pesquisadores e da mídia.

Segundo as assistentes sociais, as crianças não apresentam tantas queixas, só quando chegam na adolescência. Muitas das vítimas que têm perda total do couro cabeludo, apresentam problemas que afetam a visão e audição, segundo relatam. Havia uma pequena menina vítima de escalpelamento que acompanhava a ONG naquele dia, era percebido o pouco tempo que enfrentava as dores na pele como as outras mulheres desse contexto. Cerca de 2 meses, de acordo com os relatos das assistentes sociais. Tive dificuldade em abordar a criança e sua mãe – não queria perguntar nada que pudesse gerar lembranças indesejadas e sofrimento. A menina, filha de uma jovem mulher que a acompanhava,

5 Nem todas as vítimas têm acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), durante a perícia no INSS, o médico analisa a cabeça da vítima. Solicita exames que confirmem seu “acidente”, mas anulam a solicitação justificando que elas têm mãos para trabalharem.

usava uma peruca de crochê, com uma coroa de flores coloridas, alternavam entre o azul, o amarelo, o verde, o rosa, o branco e o laranja. Os cabelos eram de fios negros e intercalados com tons marrons. Dava para notar os curativos debaixo da peruca de tecido. Ela sempre passava um pano na secreção e suor que escorriam pelo rosto. O acidente atingiu parcialmente até a região dos olhos.

O evento inicia, e os representantes da UFRA solicitam que as vítimas se sentem à frente do auditório, neste dia, dentre as 7 vítimas que participavam, além da criança, havia uma mulher indígena. Renata e Sara também estavam presentes. Solicitam às vítimas que se manifestem, e narrem um pouco de suas trajetórias. Katia, que integra a ORVAM discorre:

Sou do Amazonas, indígena, voltava para minha aldeia, quando sofri o acidente em 1982, tinha 9 anos. Fui morar em Rondônia, mas nunca fiz um tratamento especializado. Sempre sofri com dores de cabeça. Usava lenços. Parei de estudar aos 15 anos (chora), as pessoas caçavam de mim. Hoje me sinto mais mulher. Ganhei uma peruca linda, linda, mas não uso porque a minha cabeça tá infeccionada. Também fizeram minha sobrancelha com pigmentação. Conheci a ORVAM pelo *facebook*, falei com Alessandra que articulou minha vinda para Belém, e minha estadia na Casa de Apoio. Quando fui ao INSS atrás do meu BPC, o médico me disse: Você tem as mãos e as pernas boas para trabalhar. Respondi mesmo com minhas pernas cheio de cicatrizes? Você tá vendo? Ele respondia você está apta ao trabalho. Eu não tenho estudos, fui doméstica. Sempre trabalhei, e por isso, nunca fiquei boa. E eu dizia a ele, o senhor no meu lugar, com tanta dor de cabeça, lavaria roupa? Eu queria ter estudos pra ficar numa sala como essa com ar-condicionado.

Neste evento na UFRA, reuniram-se agentes e especialistas responsáveis pelo assistencialismo e cuidado das vítimas, bem como instituições que agregam o debate ao “acidente”. Nesses eventos, constroem um cenário político, envolvendo e construindo um cenário com diversos atores: as vítimas de escarpelamento, especialistas e militantes. Nessa construção objetivam tornar a “causa do escarpelamento” notória, divulgar suas demandas, e torná-las públicas, interpeladas com a

presença de vítimas. Partindo da noção de “comunidades emocionais” de Miriam Jimeno (2010), situo a presença das vítimas nesses espaços públicos como mobilizadoras de emoções, e conseqüentemente, requeredoras de políticas públicas de maneira emergencial no que concerne prevenção e reparação aos danos e direitos. Tal como apontando por Fassin, nossas análises antropológicas devem visar entender como a categoria vítima é manuseada nos movimentos sociais e lutas políticas.

Fassin descreve que as políticas de reparação ou indenização passam pela política da prova, ou seja, é preciso expor o corpo e a fala pública para reafirmar a condição de vítima – que por vezes é subjetiva e técnica – é necessário um laudo para identificá-la enquanto vítima de escarpelamento. Embora não tenhamos uma configuração em termos de mobilização social “convencional”, tal como das mães dos meninos emasculados no Pará (LACERDA, 2012), ou do ativismo relacionado ao HIV/AIDS (VALLE, 2002), chamo atenção à similaridade com a mobilização das mães de bebês com microcefalia em Pernambuco que investiguei no mestrado (PINHEIRO, 2019), em reuniões privadas, as mães não se detinham a segurar seus filhos no colo, mas em eventos públicos sim. Isso me leva a entender que há uma provocação de emoções na presença de certos corpos, sejam deficientes ou mutilados, tomando consciência ou não, desta ação coletiva mobilizadora de políticas numa linguagem de empatia, reciprocidade e humanitarismo. Diante disso, não podemos deixar de reconhecer que essas mulheres vitimadas por esse “acidente” também se mobilizam, acessando as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentando a ONG, fazendo terapia, participando de grupos de autoajuda, e a presença dos seus corpos com cicatrizes, impõe a emergência dessa cruel e triste realidade.

As narrativas das vítimas dadas em audiências, assembleias possibilitam aos ouvintes uma interpretação do sofrimento (BAZZO, 2017). A fala pública cria o que Fassin chama de “império do trauma”, demonstrando como o campo de representações da cultura do trauma expressam a realidade vivida. Neste cenário político arquitetado, reunindo vítimas e agentes, vemos a categoria vítima e trauma passarem de um termo técnico para um dispositivo moral. As próprias vivências das mulheres ao acionarem “sou vítima” ou “não quero ser vítima” classificam-nas e as segmentam. Logo, Fassin ajuda a entender todo o cenário político constituído na UFRA (reunindo vítimas, assistentes

sociais, professores, crianças) e na ORVAM (classificando-as a partir da noção “superação” ou “não superação”), tornando o escalpelamento uma causa justa e dando reconhecimento e legitimidade às demandas.

A categoria escalpelamento circula em várias esferas, e como pude perceber, são mulheres que não tem uma trajetória militante, mas tornam-se personagens centrais da construção política em prol do cuidado e prevenção, unindo várias *expertises* e agentes que passam a militar pela causa do escalpelamento. Nesse sentido, devemos entender o processo de vitimização aqui acentuado, o escalpelamento é causa pública, política e coletiva que aciona discursos e ações humanitárias numa linguagem de prevenção e indenização ao “acidente”. Promove redes de apoio e solidariedade, além de debates públicos. Em linhas gerais, há quem experiencie a causa do sofrimento, e quem milite e mobilize-se politicamente em prol da causa como percebido por Bazzo (2017) em seu estudo sobre o *bullying*.

O ESCALPELAMENTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Nesse tópico, buscarei apresentar o processo de produção de políticas públicas e de como o Estado age em prol das vítimas, isto é, nas políticas de prevenção ou de assistência ao acidente. Nesse sentido, a proposta é discutir uma antropologia da política. Aqui, apresento os antecedentes das respostas estatais a partir dos relatos de Socorro Silva, assistente social, ex-coordenadora da secretaria de Mobilidade Social da Secretaria de Saúde Pública do Pará (SESPA), atuando por 10 anos na mesma, desenvolvendo debates e acompanhando de perto o desenvolvimento dessas políticas. Além disso, também apresentarei minha participação no Ministério da Saúde, onde reuniu pesquisadores e agentes do Estado a fim de discutir tais questões.

Abaixo descrevo a entrevista com Socorro Silva, fui até a casa dela, em Santa Isabel, cidade vizinha de Belém no mês de março de 2019. Lá passei o dia com ela, conversamos, entrevistei-a, fotografei diversos materiais que ela produziu, como cartilhas socioeducativas para crianças ribeirinhas, alertando sobre a prevenção ao escalpelamento. Ela também me mostrou vários prêmios que recebeu ao longo do seu trabalho, que ela entende como militância. Nas palavras de Socorro:

Em 2008 criamos uma comissão de Enfretamento ao Escalpelamento; mudamos o termo Combate ao escalpelamento. Isso porque precisamos enfrentar o acidente enquanto política. O acidente precisa ser visualizado politicamente e pelos parceiros. Combater é periférico e superficial. E chamar atenção de vários órgãos e da sociedade. Nessa época a Santa Casa já fazia atendimento às vítimas. Não era especializado. Em 2008, essas mulheres passavam um ou dois anos internadas nesse hospital. E a “Comissão Estadual de Enfretamento aos Acidentes de Motor por Escalpelamento” que é composta por várias entidades como a SESP, Secretaria de Assistência, Marinha do Brasil, Defensoria Pública da União, Sindicato dos Médicos, ORVAM, ao total são 18 entidades que a compõem. No final de 2008, em Belém tivemos uma reunião com o Ministério da Saúde, isso porque “o termo escalpelamento nem existia nos registros dos CIDs do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ele era registrado como acidente, acontecia um acidente e iam pro posto e diziam o que aconteceu? Sofri um acidente. Então o médico ou enfermeiro registrava acidente de barco. Entendeu? Não tinha dado, não tinha estatística, não tinha nada. Se abrir o sistema não tinha onde preencher isso. Porque o CID é internacional e não constava nada a respeito. Infelizmente o nosso sistema do Ministério da Saúde não levam em conta as especificidades de cada região, eles constroem políticas padrões para todo mundo – o que tem no Sul não tem no Norte e no Norte não tem no Sul. Foi feito esse encontro, e conseguimos sensibilizar o Ministério e eles incluíram no sistema tudo no site sobre o escalpelamento. O texto que lá está fomos nós que escrevemos. Qualquer um pode falar ou escrever sobre escalpelamento, mas só nós que somos daqui, sabemos as minúcias e particularidades. A gente realmente tá ajudando. Em 2008 iniciou um processo de construção, dentro do programa se inicia o processo de prevenção e tratamento de maneira articulada e pensada. Criamos o Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escalpelamento (PAIVES). Construindo o PAIVES, fizemos um desenho de como vai ser o itinerário terapêutico a partir do acidente, a vítima é atendida por uma equipe multiprofissional, tem do cirurgião ao técnico de enfermagem, o programa funciona na Santa Casa e tem 3 cirurgiões plásticos contratados exclusivamente para atender somente essas mulheres. Tem psicóloga, médico, terapeuta ocu-

pacional, otorrino, neuro, clínico geral – equipe multiprofissional. Temos de que ter todos os profissionais da saúde. A partir daí a Santa Casa começa a receber essas mulheres, e o PAIVES tem um fluxo. Esse fluxo é o seguinte: urgência e emergência – Santa Casa. Primeiro atendimento Urgência e Emergência porque a vítima não vem só com o acidente do escalpelamento, ela vem com fraturas, lesões, arrancamento das orelhas, sobranceiras. E lá é feito esses primeiros atendimentos, quando tá estabilizado, vai pra Santa Casa, fazer cirurgia e enxerto até estabilizar.

Numa direção mais regional e efetiva das políticas em saúde, Agustina Gagliolo (2019) vai apontar como a proximidade e afetividade estabelecida entre paciente especialista (médico, assistente social, psicólogo), muitas vezes preenchem uma lacuna de ausência de atendimento estatal. Lembro de ouvir às vítimas falarem que um médico seria transferido e não as atenderia mais, então elas iriam se articular e reclamar junto a direção do hospital para que o mesmo continuasse, porque segundo elas, ele era atencioso, as ouvia e as entendia. Outorgando o que Gagliolo observa, isto é, esses profissionais de saúde, ligados a instituições de poder, utilizam-se de suas posições para atender seus pacientes, visando dirimir as condições de vulnerabilidades em que se apresentam. Assim, tanto os itinerários terapêuticos das vítimas de escalpelamento quanto às trajetórias dos profissionais comprometidos que atuam diretamente no cuidado e assistência a essas vítimas, interrelacionando-se, essas relações dão sentido e criam *expertises*, traduzindo a saúde e o bem-estar enquanto um direito humano. Essas *expertises*, ao mesmo tempo que se configuram como um poder tutelar dos expertos sobre a enfermidade em questão, criam agências de representação e mediação de debates mais amplos, como veremos agora.

Seguindo Foucault (2004), o autor entende que há um estilo estético, com técnicas que norteiam as condutas a serem seguidas, tendo um apelo moral e ético. Portanto, temos um controle e um monitoramento estatal sobre o cuidado com si mesmo e com a forma pela qual realizamos a mobilidade, criando tecnologias governamentais que produzem sujeitos. Na esfera urbana, temos regras a seguir como a idade mínima para dirigir um carro ou não dirigir alcoolizado. Essas políticas administrativas, utilizam um discurso de prevenção a acidentes para si e

para os outros. Para os transportes fluviais, também são criados modelos e dispositivos que embasam a biossegurança das pessoas, normatizando as práticas subjetivas dos indivíduos. Para prevenir o “acidente” que trato aqui, por exemplo, há recomendações a serem seguidas como amarrar os cabelos, não viajar em embarcações com eixo desprotegido, sobretudo, para não pôr o corpo em exposição e risco.

Um encontro entre especialistas para produzir peça técnica e debater sobre prevenção ou combate, me faz pensar sobre as *expertises*. Zenobi (2017), discorre que os expertos possuem conhecimento técnico, objetivo e imparciais, logo, vão pensar em medidas com base na ciência de acordo com o campo de conhecimento do agente nessas reuniões do PAIVES. As *expertises* presentes nesse encontro, partem das experiências dos profissionais no ambiente hospitalar, acadêmico ou na esfera estatal. Assinalo Carlos Guilherme Octaviano do Valle (2010), com seu estudo sobre a rotina dos tratamentos clínico-terapêuticos de pessoas soropositivas, levando as pessoas infectadas à uma reorganização intensiva de formas de cuidado do corpo, destacando os efeitos sociais da biomedicina como fomento de um saber e de uma cultura global norteando comportamentos sociais particularmente localizáveis.

Deste modo, há um conjunto de saberes e técnicas pensadas e refletidas que se tornam normas (ZENOBI, 2017), e como bem salientou Foucault sobre o cuidado de si, teremos políticas pensadas para esses corpos a partir do imaginário que se tem sobre o problema, isto é, tais populações vivem numa “cultura do risco” – como foi comum ouvir durante os encontros estatais que debatiam sobre a prevenção ao “acidente”. Afirmando que as populações ribeirinhas sabem os riscos que correm, mas só resolvem o problema quando o “acidente já aconteceu”. Por outro lado, o desafio continua na assimilação e na racionalização da própria condição das vítimas, que ainda, devido aos estigmas sofridos durante a vida, buscam esse reconhecimento de maneira pública. Em Macapá, as integrantes da associação de vítimas de escarpelamento, já se reconhecem enquanto pessoas com deficiência e são amparadas legalmente pelo Ministério Público. Barthe e Zenobi reconhecem que os expertos têm papel fundamental na racionalização da condição das vítimas, inclusive, formativo para obtenção de direitos.

Os expertos buscam fazer uma mediação entre a produção de políticas de cuidado e prevenção. A noção de “mediação cultural” apresentada por Gilberto Velho (2001) ajuda a pensar tal participação. Segundo o autor, os indivíduos na sociedade moderno-contemporânea, têm participação em diversos mundos sociais e níveis de realidade. Assim, Velho considera que não podemos considerar os universos isoladamente: ricos de um lado, pobres de outro, por exemplo.

Os indivíduos, especialmente em meio metropolitano, estão potencialmente expostos a experiências muito diferenciadas, na medida em que se deslocam e têm contato com universos sociológicos, estilos de vida e modos de percepção da realidade distintos e mesmo contrastantes. Ora, certos indivíduos mais do que outros não só fazem esse trânsito, mas desempenham o papel de mediadores entre diferentes mundos, estilos de vida e experiências (VELHO, 2001, p. 20).

Deste modo, podemos notar que além da linguagem do universo pessoal e identitário do pesquisador, se embasando nos relatos de sofrimento, dedicando-se a ouvir as vítimas, a entender todas as especificidades das suas experiências, apreendendo-as e reflexionando-as numa linguagem científica e compartilhada entre especialistas e agentes do Estado, temos claramente uma relação de mediação. Esta transição entre esses espaços possibilita “trocas culturais” (VELHO, 2001), isto é, levando o saber empírico para pesquisadores e profissionais da saúde quando em contato com os mesmos; demandas ao Estado com base nas necessidades vivenciadas, e assim, articulando a produção de políticas públicas. Contudo, Valle (2002) entende que o conhecimento técnico-científico apreendido e codificado, passa por um processo empírico de perda e ganho. O autor salienta que muito conhecimento é perdido nesse processo confuso de incorporação e muitas vezes absorvidos de maneiras distintas daqueles oriundos na obtenção dos dados nesse processamento.

Nesse processo de reconhecimento da vulnerabilidade dessas mulheres, tivemos alguns avanços, como já mencionei, com base na narrativa da interlocutora Socorro. Dentre as conquistas temos: no dia 06 de julho de 2009 no Amapá, foi sancionada a Lei nº 11.970, tornando obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis

das embarcações, de forma a proteger os passageiros e as tripulações de acidentes. A proteção pode ser solicitada de forma gratuita pela Marinha do Brasil. Mesmo após a sanção da lei, os “acidentes” permanecem acontecendo.

No dia 28 de agosto de 2010, foi criado o *Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento*, desse modo, formas de mobilização da sociedade civil (ONG, por exemplo) e práticas de intervenção do Estado são feitas em busca de erradicar esse mal. Campanhas são feitas para que mulheres prendam os cabelos durante as viagens; que barqueiros busquem pôr a cobertura no eixo, e para isso, é necessário um trabalho diferenciado para o enfrentamento, isto devido às particularidades das regiões da Amazônia, desde o acesso pelos rios até o uso de linguagem e instrumentos de abordagem para chegar a essas populações.

Em 2017, o Instituto Nacional de Seguro Social, reconheceu a necessidade de as vítimas receberem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedendo um salário mínimo para quem comprovasse vulnerabilidade econômica, além de laudos médicos que comprovem o escalpelamento, mas, ainda existem os problemas burocráticos para o reconhecimento médico a esse dano, nos discursos das vítimas trazem dificuldades ao acesso a políticas de reparação. De qualquer modo, observo uma busca por se estabelecer garantia de direitos através de ações estatais, com um governo que se apropria de práticas sociais e humanitárias para elaborar e pensar políticas para essas populações (ABELES, 1990; FASSIN, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No imaginário sobre esses “acidentes”, observei que a perspectiva do governo sobre as populações ribeirinhas é de que eles “não sabem viver”, vivem numa “cultura do risco”, isto é, segundo os representantes da Secretária de Saúde do Pará ou as assistentes sociais da ORVAM, acreditam que os ribeirinhos sabem que é perigoso um eixo de motor descoberto, mas ainda assim, escolhem viver correndo riscos. As vítimas relatam que não sabiam da possibilidade desse infortúnio até ele acontecer, quando ocorre, dizem que foi um descuido: “fui pegar uma moeda dentro do barco”, “baixei para tirar a água”. Então, em meio a

essa disputa de sentidos, poderíamos dizer que o escalpelamento é um “acidente” que pode ser evitado?

Antônio Carlos de Souza Lima (2013) me ajuda a pensar com sua análise sobre o “poder tutelar” do Estado exercido sobre os povos indígenas. Para Souza Lima, o poder tutelar age sob aqueles tomados em termos culturais diferentes e os conforma pretensamente, e por isso, se percebem com a necessidade de um mediador ou tutor para participarem de uma “comunidade nacional”. Isto corrobora para entendermos o Estado brasileiro com forte matiz colonial, acentuando as desigualdades preexistentes. A partir do poder tutelar, implica caracterizar tais populações tradicionais como incapazes de discernir comportamentos e decisões à vida cívica. Ou seja, afirmando existir uma incapacidade de compreensão técnico-científica médica ou até mesmo o modo de viver na floresta às margens dos rios.

Por fim, acredito que é importante pensarmos na prevenção partindo dos conhecimentos e experiências das populações ribeirinhas, levando em conta suas particularidades culturais. Não sobrepondo a nossa visão de mundo sobre o que pensamos que é o escalpelamento, mas o que ele realmente é, e como nossas burocracias impedem e corroboram com o “acidente”. Pensando na sociodiversidade da Amazônia, é necessário pensar em políticas de saúde, segurança e mobilidade a partir da interculturalidade, levando em conta, todos os meandros presentes nas causas do “acidente” apontado pelas vítimas. O problema é complexo, e combater ou erradicar parecem tarefas difíceis, mas com a reeducação e levando a sério um processo de escuta às vítimas e às populações que vivem essa realidade, talvez possamos encontrar as respostas.

REFERÊNCIAS

ABELES, Marc. *Anthropologie de L'État*. Paris: Armand Colin, 1990. (Anthropologie au Présent).

ALVES, Paulo. Itinerário Terapêutico e os *nexus* de significado da doença. Política e trabalho. *Revista de Ciências Sociais*, n. 42, 2015.

BARTHE, Yannick Elementos para uma sociologia da vitimização. In: RIFIOTIS, Theophilos; SEGATA, Jean (Comp.). *Políticas etnográficas no campo da moral*. Porto Alegre: UFRGS, 2018.

- BAZZO, Juliane. Memórias revisitadas: sobre os testemunhos das vítimas retroativas de *bullying* no contexto brasileiro. *Revista de Estudos Sociais*, n.59, p. 56-67, 2017.
- BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, n. 4, 167-82, 1982.
- CARSTEN, J. *After Kinship*. Cambridge University Press: Cambridge, 2004.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Scalping incidents involving hay balers. *MMWR Morb Mortal Wkly, New YorkRep*, v. 41, n. 27, p. 489- 91,10/07/1992. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00017187.htm>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011.
- DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- FASSIN, Didier. *Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XX, 2018.
- FASSIN, Didier. *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo Editorial, 2016.
- FASSIN, Didier. Invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes: Genèse et transformations d'une condition morale. Vingtième Siècle. *Revue d'Histoire*, v. 123, n. 3, p.161-17, 2014.
- FOUCAULT, Michel. *Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris: Gallimard/Seuil, 2004. 435 p.
- GAGLIOLLO, Agostina. Relaciones personales y políticas de salud en un programa municipal de VIH/SIDA de la Provincia de Buenos Aires. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 28, n. 1, 2019.
- GOFFMAN, E. *Estigma*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- KLEINMAN, Arthur; KLEINMAN, Joan. The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our time. *Daedalus*, v.125, n.1, p. 1-25, 2006.
- LE BRETON, David. Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Argentina, año 4, n. 10, 2012.
- LIRA, Talita; CHAVES, Maria. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Revista Interações (Campo Grande)*, v.17, n. 1, 2016.
- LOUREIRO, Vileta Refkalesfsky. *Amazônia: História e análise de problemas do período da Borracha aos dias atuais*. São Paulo: DistribeL, 1992.
- MAGNO, L. D. P; PEREIRA, A. J. F; GONÇALVES, B. M; ALMEIDA, R. M. V. R. de; GUIMARÃES, A. G. M; BICHARA, C. N. C. *Escalpelamento nos rios da*

Amazônia: um problema de saúde pública. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n1/a3083.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MOL, Annemarie. *The body multipli: ontology in medical practice*. London: Durham, 2002.

MORAES, L. C. de; COSTA, L. M; ALMEIDA, E. N. de; HAGE, S. M. Meninas escalpeladas nos rios da Amazônia Paraense: o papel da mídia na prevenção de acidentes. CENTRO INTERNACIONAL DE SEMIÓTICA E COMUNICAÇÃO (CISECO) – IV COLÓQUIO SEMIÓTICA DAS MÍDIAS. Alagoas, 4/11/2015. Disponível em: http://ciseco.org.br/anaisdocoloquio/images/csm4/CSM4_LazaroLucianaEdwanaSalomao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

NETO, Jose; KOZICKI, Katya. Do “Eu” Para O “Outro”: a alteridade como pressuposto para uma (re)significação dos direitos humanos. *Revista da Faculdade de Direito (UFPR)*, Curitiba, n. 47, p. 65-80, 2008.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. As categorias do entendimento na formação antropológica. *Anuário Antropológico*. [s. l.: s. n.], 1981.

OLIVEIRA, João Pacheco de. *A fronteira e seus cenários: narrativas e imagens sobre a Amazônia. Ciências e Saberes na Amazônia: indivíduos, coletividades, gênero e etnias*. Recife: Editora Universitária/UFPE, 2008.

PEIRANO, Mariza. *A alteridade em contexto: a antropologia como Ciência no Brasil*. Brasília: Departamento de Antropologia da UNB, 1999. (Série Antropologia.)

PINHEIRO, Diego Alano. *Crianças Especiais para famílias especiais: os sentidos de maternidade para mães de bebês com microcefalia em Pernambuco*. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – UFPB, Paraíba, 2017.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica – Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, v. 15, n. 3, 2011.

SARTI, Cynthia. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Revista Sexualidade, Saúde e Sociedade*, v. 1, p. 89-103, 2009.

SOUZA LIMA, Carlos de. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. *Revista de Antropologia*, São Paulo: USP, v 55, n. 2, 2012.

TOCHIO, Andrea. *O psicólogo com o bisturi na mão: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2012.

VALLE, Carlos Guilherme. Identidades, Doença e Organização Social. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 179-210, jun., 2002.

VELHO, Gilberto. Biografia, trajetória e mediação. In: VELHO, Gilberto; KUSHNIR, Karina (Org.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 121-133.

ZENOBI, Diego. Políticas para la tragedia: estado y expertos en situaciones de crisis. *Iberoamericana; Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies* (Special Issue: La contribución de la Antropología al estudio de crisis y desastres en América Latina), v. 46, n. 1, p. 30-41, 2017.

ZENOBI, D.; MARENTES M. Panorama sobre la producción social de las víctimas contemporáneas. In: PITA, M. V.; PEREYRA, S. (Coord.). *La movilización de los familiares de víctimas y los sentidos de justicia*. Buenos Aires: Teseo Press, 2020.