



IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA Portugal, território de territórios

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST] e Dinâmicas Populacionais, Gerações e Envelhecimento [AT]

REZADEIRAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO BRASIL, RUMO A UMA ECOLOGIA DOS SABERES OU APROPRIAÇÃO PELA BIOMEDICINA?

ARAUJO, Eliezer Magno

Mestre em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará - UFC, magnumaraujo@ces.uc.pt

GAY, Sebastián Medina

Mestre em Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, sebastiangay@ces.uc.pt

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) se constituem como primeira via geral de acesso da população aos Sistemas Públicos de Saúde. Constituindo-se como território complexo no qual os profissionais de saúde estão mais próximos do modo de vida das comunidades e dos determinantes sociais da saúde. Suas práticas devem levar em consideração a longitudinalidade do cuidado e a inclusão de aspectos relacionais de orientação familiar e cultural (Alma-Ata, 1978; Giovanella, 2015). Neste contexto o saber da biomedicina enquanto racionalidade instituída apresenta interfaces com as chamadas Medicinas Alternativas e Complementares e a Medicina Tradicional, integrando ou apropriando-se do saber popular. Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a relação entre estes diferentes saberes através da discussão de um caso. Trata-se do Programa “Soro, Raízes e Rezas”, implementado em um município rural, no Nordeste do Brasil, que buscou integrar a prática das rezadeiras (curandeiras locais) com os cuidados da saúde infantil e gestacional. A troca de experiências e de diálogo entre as rezadeiras com a medicina institucional, em especial com as equipes de Saúde da Família produziu uma reconfiguração das representações e práticas em saúde? O objetivo inicial de diminuição da mortalidade infantil foi atingido? O que houve neste encontro de saberes pode ser considerado apenas como apropriação? Espera-se contribuir para o debate em torno dos limites da biomedicina e do potencial de inserção das rezadeiras ao sistema público de saúde. E mais ainda reconhecer e ampliar as formas de resistência à monocultura abissal contribuindo para pensar os Cuidados de Saúde Primários como uma Ecologia de Saberes.

Abstract

Primary Health Care (PHC) are constituted as first general route of access of the population to Health Public Systems. Constituting as complex territory in which health professionals are closer to the way of life of communities and social determinants of health. Their practices must take into account the longitudinality care and the inclusion of relational aspects of family and cultural orientation (Alma-Ata, 1978; Giovanella, 2015). In this context the knowledge of biomedicine as established rationality presents interfaces with so-called Alternative Medicine and Complementary and Traditional Medicine, integrating or appropriating the popular knowledge. This paper aims to reflect on the relationship between these different knowledge by discussing a case. This is the program "Soro, Roots and Prayers", implemented in a rural municipality, in northeastern Brazil, which sought to integrate the practice of healers (local healers) with the care of children and pregnancy health. The exchange of experiences and dialogue between the healers with institutional medicine, in particular the Health teams of Family produced a reconfiguration of representations and health practices? The initial goal of reducing child mortality has been reached? What happened at the meeting of knowledge can only be considered as appropriation? Expected to contribute to the debate on the limits of biomedicine and the potential inclusion of healers to the public health system. And further acknowledge and extend forms of resistance monoculture abyssal contributing to think the Primary Health Care as a Knowledge Ecology.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Racionalidade Biomédica, Medicina Tradicional, Ecologia de Saberes, Globalização.

Keywords: Primary Health Care, Biomedical Rationality, Traditional Medicine, Ecology Knowledge, Globalization.

[COM0250]

1. Introdução

Seguindo um conceito ampliado de saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem estar mais próximos do modo de vida das comunidades englobando aspetos culturais. Há interesse crescente na integração de “outros” sistemas de compreensão e assistência sobre os processos de saúde e enfermidade, utilizados pelas populações. Em contextos de alta diversidade cultural como o Brasil, estas práticas podem tornar-se relevantes para “o êxito” do Sistemas de Saúde Público, como o Sistema Único de Saúde (SUS) (Kleinman, 1978; Kleinman e Benson, 2006; Pedrigo, 2006; Tesser e Luz, 2008).

O saber da biomedicina enquanto racionalidade instituída e hegemónica apresenta distintos níveis de interfaces e conflitividade com as chamadas Medicinas Alternativas, Complementares e a Medicina Tradicional, integrando ou apropriando-se do saber popular (Menéndez, 1983, 1994, 2010).

Um dos objetivos mais sensíveis do SUS é diminuir a mortalidade infantil evitável em zonas de alto risco social e sanitário e várias estratégias tem sido exploradas para aumentar a confiança e consulta precoce por parte da população, como por exemplo, mediante ações que incorporam lideranças comunitárias ou terapeutas tradicionais dentro de ações de promoção da saúde e educação popular (Vasconcelos, 1998).

Nesse contexto o Programa “Soro, Raízes e Rezas”, implementado em um município rural, no Nordeste do Brasil, buscou integrar a prática das rezadeiras (curandeiras locais) com os cuidados da saúde infantil e gestacional, representando uma estratégia interessante para refletir criticamente sobre seu êxito sanitário em termos da racionalidade biomédica, mas também em termos de reconfiguração das hierarquias do saber/poder instituído.



Imagem 01 - Dona Tereza, de Jaibaras (rezadeira típica do nordeste brasileiro). Fonte: Selo UNICEF, mapeamento Cultural de Sobral

2. Objetivos

1. Refletir sobre a relação entre as diferentes racionalidades do processo de saúde-doença, na forma como se incorporam aos CSP através da análise de um caso concreto (Programa “Soro, Raízes e Rezas);
2. Avaliar a efetividade em termos de diminuição da mortalidade infantil do Programa, com base em dados quantitativos oficiais (DATA-SUS);

3. Explorar a pertinência da utilização da “Ecologia do Saberes” proposta por Santos para um “olhar complexo” sobre o fazer em saúde nos contextos dos CSP, no Sul Global.

3. Métodos

O caso foi estudado a partir de análise documental em dados secundários e busca em sistemas de informação oficiais. Fontes principais:

- Dados qualitativos: publicações científicas sobre caso, normas oficiais da política de saúde pública nacional sobre medicinas complementares e alternativas. Publicações da imprensa geral.
- Dados quantitativos: mortalidade infantil dos registros oficiais do SUS, IPECE Estadual e Municipal.

4. Descrição do caso

Maranguape é um município brasileiro do Estado do Ceará. Localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, a 27 Km da capital. Trata-se de um município de pequeno porte com aproximadamente 120 mil hab. (IBGE, 2015). Até 1998, constatava-se um elevado índice de mortalidade infantil, como resultante da pobreza e da ausência de médicos. Um estudo realizado pela Secretaria de Saúde percebeu que várias crianças morriam de diarreia, que facilmente teria sido superada pela hidratação oral. E muitas das crianças, antes de morrer, haviam sido levadas até as rezadeiras - pessoas de confiança da comunidade às quais muitas pessoas recorrem quando têm algum problema de saúde. As rezadeiras, diante da diarreia, concentravam-se na “reza”, deixando a hidratação da criança em um segundo plano. Reconhecendo a necessidade de aproximação com as rezadeiras, iniciaram a implementação do Programa Soro, Raízes e Rezas, que identificou cadastrou 155 rezadeiras, através dos Agentes Comunitários de Saúde.

A partir do cadastramento, foram realizados 4 tipos de ações:

- Um primeiro bloco de ações voltava-se à valorização do “dom da reza” e à troca de saberes entre as próprias rezadeiras. Através de encontros, que tinham como foco a superação da morbimortalidade infantil no município;
- Um segundo bloco de ações estava ligado à integração entre a rezadeira e a equipe de Saúde da Família que atuam numa mesma comunidade. Foram realizadas reuniões conjuntas nas unidades de Saúde da Família para troca de experiências, superando os preconceitos recíprocos;
- Um terceiro bloco de ações dizia respeito à capacitação das rezadeiras para superação da situação de diarreia. Destacando a importância da administração do soro para hidratação. Para que as mães das crianças com diarreia fossem motivadas a administrar o soro aos seus filhos, as rezadeiras passaram também a benzer o soro, fortalecendo as recomendações dos profissionais biomédicos quanto ao seu uso para hidratar a criança e superar a diarreia, evitando o óbito infantil.
- Incorporação da atividade da reza no espaço das Unidades de Saúde. Dando mais visibilidade e reconhecimento a prática das rezadeiras e estimulando a troca constante entre profissionais de saúde, rezadeiras e comunidade.

5. Discussão

Em termos de uma reconfiguração efetiva das hierarquias do saber/poder instituído, que permitem imaginar um avanço a uma “Ecologia de Saberes” onde os diálogos e trocas se produzem pela aceitação das limitações e incompletude de qualquer forma de conhecimento (Santos, 2009), vemos que o Programa estudado teve a virtude de reconhecer as insuficiências das práticas de atenção e promoção da saúde, por parte de população local, em termos de desconfiança e desvalorização de sua utilidade. E por sua vez, reconhecer o importante papel sociocultural que as rezadeiras construíram historicamente.

A incorporação destas rezadeiras a institucionalidade do SUS, sua capacitação em questões sanitárias básicas, e subordinação as diretrizes e objetivos da racionalidade biomédica, não podem ser consideradas como reconfigurações significativas das hierarquias do saber/poder, e se pode pensar que esta integração foi uma forma de instrumentalização destas mulheres subalternas para o cumprimento de metas sanitárias que não são discutidas localmente.

Nesta linha de análise, há uma “produção de ausências” (Santos, 2003) no Programa, que interpretamos por dois processos de invisibilização: uma externa, que são os “outros” saberes que não são considerados relevantes para a incorporação institucional; e uma interna que são os “outros” saberes (espirituais, econômicos e políticos) das mesmas rezadeiras que se incorporam.

Uma das maiores dificuldades com a implantação deste programa foi a resistência dos profissionais biomédicos em aceitar e respeitar o saber tradicional das rezadeiras. Foi possível quebrar esta resistência na medida em que houve “sucesso” (vide gráfico abaixo) na redução dos casos de mortalidade infantil nas comunidades em que a equipe de Saúde da Família trabalhou de maneira integrada com as rezadeiras. No entanto, a grande rotatividade dos profissionais de Saúde municipais, especialmente dos médicos, exigiu que a equipe de coordenação do programa estivesse integrando novos profissionais para convence-los a respeito da importância desta iniciativa.

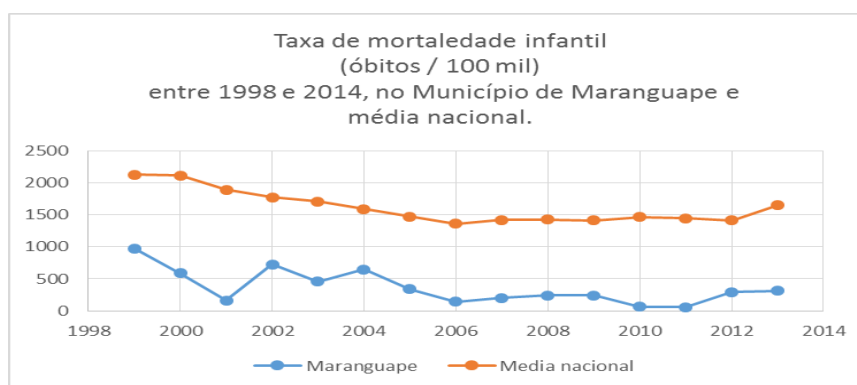


Imagem 02 - Taxa de mortalidade infantil em Maranguape – CE. Fonte: DATA SUS

6. Conclusão

O Programa teve a capacidade de reconhecer e dar visibilidade a uma prática alternativa de cuidado do processo de saúde e doença, instituindo certa “oficialidade” a estas mulheres curandeiras, possibilitando a abertura de uma janela a emergência (contraditória e como campo de disputa) das formas híbridas de compreender a prática dos CSP.

Em relação aos resultados esperados vemos que há redução da mortalidade infantil, mas não pode ser diretamente atribuída ao programa, pois está possivelmente relacionada a mudanças em inúmeros fatores determinantes sociais da saúde (como saneamento, moradia, tratamento da água, etc.) que ocorreu nesse período a nível nacional.

A produção de ausências que percebemos, em relação aos “outros” sujeitos sociais que não são considerados relevantes para a incorporação institucional (como credos e ritos afrodescendentes, evangélicos, etc.) e dos “outros” saberes (espirituais, econômicos e políticos) das mesmas rezadeiras que se incorporam. Ou seja, há um estreito limite de permissividade da racionalidade biomédica hegemônica que não permite pensar a existência de uma verdadeira transição para uma “Ecologia do Saberes” no interior do espaço de produção da saúde.

Referências

- Alma-Ata (1978). "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde". In: Brasil (2002«). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Projeto Promoção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Brasil (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*, 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica
- Ceará, Gov. do Estado (2015). *Perfil Básico Municipal de Maranguape*. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).
- Gadelha, Simone. (2006). *Entre a ciência e a reza: Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-Ce*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais, no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
- Giovanella, Lígia. (org) (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*, Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.
- Kleinman, Arthur. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. 12B, 85-93. doi: [10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Kleinman, Arthur; y Benson, Peter. (2006). Anthropology in the Clinic: The problem of Cultural Competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676.
- Menéndez, Eduardo. (1983). "Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado y modelo de Autoatención. Caracteres estructurales". In CIESAS (Ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y Autoatención en Salud*. (Vol. primera). México, D.F: CIESAS, 1-21
- Menéndez, Eduardo. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *ALTERIDADES*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, Eduardo. (2010). "Modelos, experiencias y otras desventuras". In Jesús Armando Haro (Ed.), *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- OMS. (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Paper presentado en Declaración de Alma Ata, Alma Ata, República Socialista Soviética de Kazakhstan.
- Pedriero, Enrique. (2006). "Una reflexión sobre el pluralismo médico". In Gerardo Fernández-Juárez (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito. Cuenca: Abya-Yala. Universidad de Castilla-La Mancha, 33-49
- Polis, Instituto. (2003). *Programa Soro, raízes e rezas*. Instituto Polis, Ideias para ação municipal. Nº 211. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/653/653.pdf>
- Santos, Boaventura de Sousa. (2009). *Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. México: Siglo XXI; CLACSO.
- Tesser, Charles Dalcanale y Luz, Madel Therezinha. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciencia & Saude Coletiva*, 13, 195-206.