

Diferentes saberes implicados no cuidado de saúde ribeirinho: análise teórica

Popular knowledge and scientific knowledge in the riverside health care: theoretical analysis

Luana Michele da Silva Vilas Bôas¹;
Denize Cristina de Oliveira²

RESUMO: O objetivo do texto é problematizar as diferenças estabelecidas entre o saber popular e o científico praticado, sobre à luz das comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, Porto Velho-RO, Brasil, que recorrem ao saber profissional oficial, *folk* e popular na escolha do itinerário terapêutico. Trata-se de estudo teórico-reflexivo que utilizou a literatura existente, a partir dos estudos socioantropológicos que abordam o processo saúde-doença e alguns conceitos que possibilitam a construção de um olhar ampliado acerca do cuidado de saúde ribeirinho. Trata-se de saberes que compõem a realidade do contexto ribeirinho, de modos distintos, considerados por vezes excludentes, porém são complementares. Ambas as formas de saber estão presentes nas práticas de saúde realizadas nessas comunidades, seja pelos profissionais de saúde retraduzindo o saber oficial, ou por meio dos especialistas do saber local.

Palavras-chave: Comunidades Ribeirinhas; Itinerário terapêutico; Saúde; Doença.

ABSTRACT: The objective of this study is to problematize the differences established between popular and scientific knowledge practiced, in the light of the riverside community of the lower Madeira River, in *Porto Velho - Rondônia* – Brazil, that resort to professional and popular knowledge in choosing the therapeutic itinerary. It is a theoretical-reflexive study that used the existing literature, based on the socio-anthropological studies that approach the health-disease process and some concepts that make it possible to construct an expanded view about the health care of the riverside. These are knowledge that make up the reality of the riverine context, in different ways, considered sometimes exclusive, but are complementary. Both forms of knowledge are present in health practices carried out in these communities, either by health professionals retranslating official knowledge or through local knowledge specialists.

Keywords: Riverside Community; Therapeutic itinerary; Health; Disease.

1. INTRODUÇÃO

Estudos demonstram a influência que exerce o universo social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção e de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde ⁽¹⁾. A partir da perspectiva que aborda a influência sociocultural situam-se algumas contribuições teóricas e empíricas no campo da saúde. O estudo em tela compreende as práticas populares de saúde, como formas alternativas e/ou complementares de cuidados de saúde adaptadas ao modo de vida dos ribeirinhos, localizados em comunidades do Baixo Madeira, que atuam por meio de um sistema simbólico de ajustamento do indivíduo em caso de adoecimento e manifestam-se diante a necessidade de intervir nas formas de cuidar das pessoas de um grupo. Esse sistema de cuidado à saúde se difere do conceito proposto pelo modelo biomédico de doença, pois considera que o adoecimento possui aspectos não físicos, não químicos e não biológicos ⁽²⁾.

Assim, este manuscrito tece alguns argumentos sobre as práticas populares de saúde e os cuidados de saúde em comunidades ribeirinhas, propondo uma reflexão acerca das diferenças estabelecidas entre o saber popular e o científico praticado localmente que perpassa a noção de itinerário terapêutico em saúde, construída com base na literatura crítica e científica, a partir dos estudos sócio antropológicos que abordam o processo saúde e doença e os conceitos que referenciam as práticas alternativas e complementares em saúde. O manuscrito intenciona, sobretudo, a construção de um olhar ampliado, acerca do cuidado ribeirinho, sem a pretensão de esgotar seus argumentos e realizar um levantamento exaustivo da bibliografia.

¹Doutoranda em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. luanavilasboas@yahoo.com.br

²Professora Titular dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. dcoueri@gmail.com

2. SISTEMAS MÉDICOS E DE CUIDADO À SAÚDE

A partir da mudança ocorrida no esquema de compreensão dos sistemas médicos oriundo da antropologia médica norte-americana, o cuidado em saúde no Brasil foi dividido em três setores: a chamada medicina popular ou informal (cuidado de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de autoajuda); o sistema oficial (biomedicina); e as MAC e medicina tradicional (homeopatia, acupuntura, especialistas populares e tradicionais). Nas comunidades ribeirinhas pesquisadas, coexistem os três setores descritos, com o alcance e as limitações que os permitem divergir e convergir diante o contínuo saúde e doença⁽³⁾.

Os antropólogos foram pioneiros ao estudar as formas de cuidado à saúde e assim as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC). As chamadas MAC são definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Esse grupo pode ser organizado em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, ch'i gong, dentre outras). Quando essas práticas são usadas conjuntamente com práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas⁽⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) associa as MAC com a “medicina tradicional”, entendida como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios”. Entre as vantagens relacionadas as MAC, destaca-se como contribuição prática dessas medicinas o enriquecimento interpretativo e terapêutico da clínica: muitos adoecimentos “não-enquadráveis”, que recebem sintomáticos após consultas especializadas e exames complementares infrutíferos, tornam-se compreensíveis na leitura de uma MAC, admitindo tratamento possivelmente eficaz e acessível. Seria útil e eficaz, portanto, pensar as experiências de adoecimento dos indivíduos, sobre as quais não se encontram respostas na medicina convencional nos sistemas médicos alternativos e complementares⁽⁴⁾.

A grade de leitura da antropologia médica, sobre o tema, favorece a compreensão das diferentes facetas existentes no complexo saúde-doença-cuidado, a partir do conceito que define sistema de cuidados, enquanto conjuntos de saberes e práticas de cuidado à saúde local, nativos, que possuem significados próprios para auxiliar e/ou curar as pessoas de seu mal-estar físico e mental, em consonância às crenças e valores de determinado contexto cultural⁽⁵⁾. Desse modo, considera-se crença o conhecimento advindo do senso comum, repassado de geração a geração, adquirido de forma empírica e que faz parte da cultura de determinada população.

A medicina popular e *folk*, praticadas no espaço ribeirinho, se aproximariam então, do modelo explicativo que consiste em “um número de práticas de prevenção e de cura fundamentadas numa visão coerente do homem e do cosmos, classificadas como sendo um poder mágico, que está presente na cultura popular”. Trata-se de sistemas tradicionais que reúnem crenças e observações empíricas, surgido em um determinado momento da história e, que não corresponde exatamente ao resultante do método científico renascentista cartesiano, sob o paradigma mecanicista⁽⁶⁾.

De maneira convergente, o termo prática social de saúde é utilizado para definir as “ações terapêuticas dos agentes comunitários de saúde, suas atuações na orientação à saúde das comunidades, bem como para definir o trabalho das parteiras e as atividades consideradas pela comunidade como preventivas”. O autor classifica as práticas sociais de saúde em dois níveis: no primeiro, essas práticas estão no âmbito da atuação primária de saúde ou das ações coletivas de saúde; no segundo nível, estão as práticas domiciliares relacionadas com o assistir, o cuidar e o orientar. Elas não têm como objeto de atenção à saúde ou a doença, mas seres humanos⁽⁷⁾.

As práticas populares, utilizadas em comunidades ribeirinhas, são sustentadas por construções simbólicas que traduzem a maneira singular com a qual os sujeitos ribeirinhos concebem e lidam com o processo saúde-doença-cuidados. Dessa maneira, se diferenciam de outros grupos sociais nas suas formas de classificar, denominar e resolver os problemas de saúde. Por outro lado, as

tecnologias de trabalho adotadas pelos profissionais de saúde que representam as instituições oficiais, caracterizadas como práticas “convencionais”, nem sempre correspondem aos interesses e necessidades desses sujeitos, seja pela escassez de recursos materiais, físicos ou humanos, seja pelo perfil de atendimento realizado, por vezes considerado incongruente à organização social e cultural das comunidades.

3. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E O PAPEL COMPLEMENTAR DAS PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE

No que tange às práticas populares de saúde realizadas por ribeirinhos, ou a visão decorrente do modo como são produzidas, é evidente que diferem sob vários aspectos da visão em contextos urbanos, com características eminentemente ocidentalizadas, pois suas práticas são resultantes das estruturas sociais específicas daquela sociedade, na qual prevalecem influências da cultura indígena, cabocla e nordestina, entre as que compõem o grupo, mas nem sempre isso é considerado, sobretudo pelos profissionais de saúde. O modo pelo qual as populações ribeirinhas veem ou interpretam a realidade pode diferir entre si, mas comungam de uma mesma perspectiva paradigmática sob a égide de um paradigma de conjunção, onde o simbólico, o humano e a natureza encontram-se integrados e formam um sistema⁽⁸⁾.

Ademais, as pessoas (re)produzem conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem, ou seja, uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados no grupo. Pela compreensão deste sistema, é possível entender o processo de escolha de tratamento, pois, ao ser socialmente definido como enfermo, o indivíduo desencadeia uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica. Esse processo conceituado de *career of illness* ou “itinerário terapêutico”, são processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento⁽⁸⁾.

O itinerário terapêutico se baseia na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde, no qual a cultura é um condicionante da escolha feita pelo indivíduo, quando esse é socialmente definido como enfermo, desencadeia-se uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica. Por este itinerário os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos, pois cada uma das agências tem um caráter de imputabilidade ao atribuir suas próprias noções terapêuticas.

O processo de escolha terapêutica por parte dos indivíduos “escapa” aos contornos estabelecidos pela medicina e pelo modelo biomédico, fundamentado exclusivamente na cientificidade, uma vez que desconsideramos sistemas leigos de referências do doente, nesse sentido esclarece⁽⁹⁾: pautada pelas referências das ciências biofísicas, a medicina se contrapõe ao “sistema leigo de referência”, isto é, um corpo de conhecimentos, crenças e ações que estruturam a percepção leiga do doente. É pela análise das estruturas cognitivas que estão subjacentes nos “sistemas leigos de referência” que compreendemos como surgem as expectativas sociais envolvidas com a enfermidade e por que elas diferem entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social.

São pelos pressupostos dos diferentes saberes (profissional, religioso e popular), categorizados em diferentes setores que indivíduos e grupos sociais constroem concepções de tratamento e cura; ingressam em um itinerário terapêutico; assimilam, avaliam, julgam os conhecimentos e práticas provenientes dos outros setores, “(...) não podemos considerar as concepções populares sobre a doença como pertencentes a um ‘modelo unitário’, mas, pelo contrário, como resultado das experiências pessoais, das combinações e interações que os atores e grupos sociais desenvolvem em diferentes contextos”⁽⁹⁾.

Para compreender as práticas de saúde processadas no interior de cada setor dos sistemas de cuidados com a saúde (profissional-medicina científica; *folk*-medicina tradicional não oficial; popular-campo leigo) e as relações que os sistemas estabelecem entre si, desenvolveu-se o conceito de modelo explicativo de cuidados de saúde. Todavia, a compreensão dos setores

demonstra uma visão unificada cuja ênfase é dada aos elementos culturais, a partir de estruturas cognitivas, envolvidas nos modelos explicativos⁽¹⁰⁾.

Contudo, ao longo dos anos, as comunidades ribeirinhas do Baixo-Madeira utilizam manejos de saúde considerados tradicionais, relacionados ao contexto cultural e regional, que envolvem o uso dos chás, ervas de vegetação nativa, emplastos, benzimentos, garrafadas e curandeirismo, coexistentes às práticas institucionais de saúde. Os diferentes recursos, ainda usuais, são resultados de construções simbólicas e traduzem a maneira singular com a qual os ribeirinhos se relacionam, concebem e lidam com o processo saúde-doença. Desse modo, se diferem de outros grupos sociais, ao classificar, denominar e resolver os problemas de saúde.

A forma como os ribeirinhos concebem o processo saúde-doença, foi analisada por meio de um estudo sobre os problemas de saúde denominados e tratados sob a ótica de uma comunidade ribeirinha, formada por pescadores, pertencentes à ilha de Itacoã, no Pará. Identificou-se que algumas doenças são consideradas pelo grupo como não-naturais e *panemas*, para as quais atribui uma lógica diferenciada das doenças ditas “naturais”, convencionalmente tratadas por especialistas da medicina alopática⁽¹¹⁾. No caso de uma *panema*, somente um especialista de saber local da comunidade pode tratar e, portanto, faz parte do sistema *folk* de terapêuticas possíveis.

Os sintomas das doenças não-naturais, se assemelham aos das doenças naturais, porém, os ribeirinhos de Itacoã atribuem um diagnóstico próprio a esses males, sendo tratados somente pela figura de um terapeuta tradicional da comunidade, por sua compreensão a respeito dessas doenças, a saber: o feitiço, o quebrante, o mal olhado, a espinhela caída, a rasgadura e as *panemas* (uma forma de energia negativa, que deixa o sujeito sem sorte e preguiçoso). Nos relatos encontrados, entre as causas que justificam o surgimento das doenças não-naturais, estão os modos de relações inapropriadas com a natureza e/ou com um membro da comunidade⁽¹¹⁾.

Portanto, existe um complexo processo na escolha por tratamento de saúde e, sua análise ultrapassa a disponibilidade de serviços, os modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, pois essa decisão é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre⁽⁸⁻¹⁰⁾. É a partir dessa noção, que está pautado o interesse em compreender as práticas populares de saúde e sistema *folk*, pelo prisma dos ribeirinhos, enquanto agentes sociais, responsáveis pela elaboração e compartilhamento de representações originadas no contexto das comunidades do Baixo Madeira.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma modalidade própria de cuidar é vivenciada pelas comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira que, ao ser comparada ao modelo oficial de cuidado, amplia as dificuldades, sobretudo no “diálogo” entre o saber científico e o saber popular, aspecto capaz de promover uma ruptura na relação que se estabelece entre instituição de saúde e seus usuários, tornando enfraquecida uma das vias alternativas de cuidado à saúde, praticadas pelos sujeitos nessas localidades. Espera-se por meio desta reflexão clarificar que, além da medicina oficial, e não em oposição a ela, existem outras possibilidades reais de tratamento e cura dos mais diversos males, por meio das práticas populares e da medicina *folk* que atendem de maneira satisfatória parte das necessidades de saúde local.

Acredita-se que olhar o fenômeno só na perspectiva do universo vivido anula sua riqueza e escamoteia suas múltiplas vertentes. Além disso, o problema não é opor-se à ciência, mas entender que, na pluralidade da sociedade, há distintas maneiras de respeitar o outro, diferentes modos de organizar o subjetivo. Não se trata de conceder superioridade ou inferioridade a uma ou outra forma de conhecimento, porque são apenas modos diferentes de enfrentamento de uma dada realidade de saúde. Não se procura uma verdade a ser alcançada, mas significados a serem compreendidos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor, P, Chandiwana, SK, Govere, JM, Chombo, F, 1987. **Knowlwdge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community.** Social Sciences and Medicine, 24: 607-611.
2. Vilas Bôas, LMS. **Saber Popular e o Saber Científico: Um Diálogo Intercultural Possível no Cuidado Ribeirinho.** In: Anais do 5º Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa em Saúde/Volume 2; 2016 jul 12-14. Porto, Portugal: CIAIQ2016. p. 90-99.
3. Metcalf EB, Berger CB, Negri Filho AA. **A medicina tradicional, alternativa e complementar.** In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.160-5.
4. Tesser, CD., Luz, MT. **Racionalidades médicas e integralidade.** Cienc. Saúde Coletiva. 2008;13(1):195- 206. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024
5. Leininger, MA. **Relevant nursing theorie: transcultural care diversity and universality.** In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1., 1985, Florianópolis. Anais. Florianópolis: UFSC, 1985, p.232-276.
6. Laplantine F, Rabeyron PL. **Medicinas Paralelas.** São Paulo: Brasiliense; 1989.
7. Kleinman. A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.** Social Science and Medicine, 1978, 12, 85-93.
8. Alves, PCA. **Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas.** Cad. Saúde Públ., 1993, jul/set; 9(3): 263-271.
9. Alves, P. C. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socioantropológicos da doença: breve revisão crítica.** Cad. Saúde Pública, 2006; 22(8): 551,1548.
10. Alves, PC, Souza, IMA. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico.** In Mirian C. Rabelo, Paulo C. Alves e Iara Maria Souza, **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 1999.
11. Maués, RH. **A Ilha Encantada: Medicina e Xamanismo numa Comunidade de Pescadores.** Coleção Igarapé, Belém, 1990.

Agradecimentos: CAPES