

PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE E A SAÚDE DA MULHER

Popular health practices and women's health

Maria Waldenez de Oliveira¹, Jéssica Valério Moraes²

RESUMO

Na experiência de adoecimento e cura, a fronteira entre saúde e doença modifica-se não apenas de indivíduo para indivíduo, mas também para a mesma pessoa durante sua vida. Para inúmeras pessoas, a construção do enfrentamento dos processos de adoecimento e cura perpassa não apenas os profissionais do sistema de saúde, mas também agentes de práticas populares de saúde, entre outros. Este artigo tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica do tema e contribuir para a discussão das potencialidades do diálogo entre as práticas populares de saúde e a Atenção à Saúde da Mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Medicina Tradicional; Saúde da Mulher; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica sobre práticas populares de saúde e contribuir para a discussão acerca do diálogo entre as práticas populares de saúde e a Atenção à Saúde da Mulher. Considerando a expansão da busca por práticas populares de saúde¹ bem como a publicação, em 2006, pelo Ministério da Saúde (MS)², de portaria que regulamenta as práticas integrativas no SUS, o artigo pretende colaborar com o debate sobre as relações entre práticas populares e o serviço de saúde, apontando suas diferentes denominações, usos, preconceitos a que são submetidas, relações com as práticas biomédicas, com o serviço de saúde, com os

ABSTRACT

Throughout the experience of illness and healing, the boundary between health and disease changes not only from individual to individual but also for the same person during their lifetime. For many people, the construction of coping skills to experience the illness and healing processes involves not only health professionals, but also agents of popular health practices, among others. This article aimed to introduce a bibliographic revision on this theme and to contribute to the discussion about the potential of the dialogue between popular health practices and Women's Health Care.

KEY WORDS: Complementary Therapies; Medicine, Traditional; Women's Health; Health Education.

profissionais de saúde e com a formação profissional, e, especificadamente, apontando suas potencialidades para a política de Atenção à Saúde da Mulher.

Metodologia da revisão bibliográfica

Em dezembro de 2007, foi realizada uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde BVS - BIREME (www.bireme.br), com a finalidade de levantar a literatura existente no campo de pesquisa deste trabalho. Para realizar a busca, foram utilizados descritores pré-selecionados, constantes no site da BIREME e divididos em dois grupos, sendo eles: I - Medicina Alternativa, Plantas medicinais, Espiritualidade; e II - Saúde da Mulher, Sistema Único de

¹ Maria Waldenez de Oliveira, Enfermeira, mestrado em Educação Especial, Doutorado em Educação, Pós-doutorado em Educação Popular e Saúde. Atua na Pós-Graduação em Educação na Universidade Federal de São Carlos e nos cursos de graduação em Pedagogia e Enfermagem. E-mail: dmwo@ufscar.br

² Jéssica Valério Moraes, Bacharel e licenciada em Enfermagem. Estudante do curso de Aprimoramento Profissional de Enfermagem em Neonatologia / FMB - UNESP

Saúde, Sistema Local de Saúde, Assistência Integral à Saúde da mulher, Gênero e Saúde.

O levantamento da bibliografia se deu em três etapas diferentes:

Primeira etapa - Cruzamento entre todos os descritores do grupo I e todos os do grupo II. Nesta etapa foram encontrados 175 artigos (dois nacionais e 173 internacionais).

Segunda etapa - Seleção pela leitura dos títulos dos artigos e acesso aos resumos. Foram selecionados os estudos que indicavam apresentar relação com a presente pesquisa, somando 63 artigos (dois nacionais e 61 internacionais). Destes artigos, 11 (todos internacionais) foram descartados por serem editorial, carta ou notícia, sendo que dois destes se repetiam. Outros dois artigos (ambos internacionais) foram descartados por não incluírem medicinas alternativas.

Terceira etapa - Seleção pelo ano de publicação e disponibilidade do artigo completo on-line. Seguindo o critério de ano de publicação (5 anos anteriores a esta pesquisa - de 2003 a 2007), foram descartados 21 artigos (um nacional e 20 internacionais) publicados anteriormente. Após uma busca pelos artigos completos, 12 artigos (todos internacionais) foram descartados pelo fato de não estarem disponíveis para consulta *on-line*.

Nesse levantamento, as pesquisadoras observaram que a produção bibliográfica brasileira referente à saúde da mulher e às práticas alternativas de saúde disponível para consulta mostrou-se precária se comparada à produção estrangeira, já que dos 17 artigos selecionados para leitura, somente um era brasileiro: “Prática alternativa de saúde na atenção básica da rede SUS de Ribeirão Preto (SP)”.³

A leitura de tais artigos seguiu basicamente a mesma linha, ou seja, foi dada atenção para os objetivos do estudo, a metodologia, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos realizados, a data da pesquisa, o local de realização, os principais resultados e a bibliografia.

Práticas Populares de Saúde: do que estamos falando?

A literatura nacional no campo da saúde utiliza termos variados para se referir às diferentes práticas de saúde, tais como ‘práticas oficiais’ e ‘práticas extra-oficiais’ utilizados por Queiroz⁴, ‘medicina científica’ e ‘medicina popular’ utilizados por Loyola⁵ ou ‘medicina científica’ e ‘medicina alternativa’ utilizados por Luz¹. Após uma revisão de artigos relacionados com o assunto, verifica-se que, na literatura internacional, tais práticas são designadas como ‘Complementary and Alternative Medicine’ ou ‘CAM’, as quais são definidas pelo National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) como “um grupo de

diversos sistemas médicos e de cuidado em saúde, práticas e produtos que não são, no presente, considerados como parte da medicina convencional”.⁶ Tais práticas são distinguidas em: Complementares - as terapias usadas em conjunto com a medicina convencional - e Alternativas - as terapias que substituem a medicina convencional.

No Brasil, a Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006², denomina tais práticas de “Práticas Integrativas e Complementares”, especificando-as em: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia. Nessa portaria, o Ministério da Saúde remete ao documento da OMS, entendendo que as “Práticas Integrativas e Complementares” compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de “Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA”.^{2:20} Entende o Ministério da Saúde que:

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.²

Para este trabalho, será tomada a designação da Portaria quando se tratar das práticas lá previstas. Já para as demais práticas que popularmente são tidas como práticas de saúde, utilizaremos a denominação “práticas populares de saúde”, as quais compreendem “qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica”¹, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões.

Por vezes, utilizaremos os termos acima em contraposição à prática biomédica, o que exige também uma clareza terminológica a seu respeito. Segundo Stotz⁷, este termo está vinculado ao “imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica”. Ao citar o artigo A Biomedicina de Kenneth Rochel de Camargo Junior, o autor ressalta que a biomedicina “implica [...] ‘... a produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando dos casos individuais.’”⁷. Além dessa característica, encontramos, nas bases fisiológicas da biomedicina, os seguintes componentes:

.homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la em seu próprio proveito;

.o homem separado do seu meio ambiente e elevado a objeto exclusivo de investigação médica;
.uma visão mecanicista do homem que exige enfoque manipulador de engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças;
.o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro.⁷

O termo biomedicina tem sido utilizado para nomear práticas da medicina nessa perspectiva científica abordada por Stotz⁷ e será utilizado neste trabalho quando se tratar de tais práticas.

Em se tratando do processo de aquisição de conhecimentos, os relativos às práticas biomédicas diferem daqueles das práticas populares. No primeiro caso, o saber tem uma forte base nos componentes acima listados e é adquirido formalmente em uma instituição que certifica a competência do profissional. Algumas práticas integrativas exercidas por profissionais de saúde, como a homeopatia ou a acupuntura, mesmo tendo componentes distintos da biomedicina, foram, de certa forma, incorporadas ao sistema de ensino profissional em saúde brasileiro, e é principalmente nesse sistema que se dá aquisição de conhecimentos pelos praticantes bem como a certificação do profissional dentro de tais práticas. Não iremos nos deter nas especificidades dos processos de incorporação ou resistência à institucionalização do ensino das práticas não biomédicas. Apenas estamos destacando as diferenças e similaridades entre as práticas, ou entre as racionalidades médicas, como se verá adiante. Nas práticas populares, os conhecimentos provêm de um “dom” o qual varia desde a “intuição inata” até a “intervenção de forças sobrenaturais” e confere “legitimidade”, “especificidade” e “eficácia” à prática.⁵ Nas práticas populares, a aprendizagem pode ocorrer tanto institucionalmente como, por exemplo, naquelas ligadas às religiões, quanto através da tradição oral entre gerações ou entre praticante-aprendiz, como, por exemplo, no benzimento e uso de ervas.

Porém nem tudo é diferente entre essas práticas. Como destaca Luz¹, “toda racionalidade médica supõe um sistema complexo”, isto é, toda prática, seja biomédica, seja popular, é constituída por um “sistema complexo”. Este “sistema complexo” está:

simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose e um sistema de intervenção terapêutica. [Além de] uma sexta

dimensão, que embasa as anteriores, e que pode ser designada como cosmologia.¹

O modelo teórico proposto por Luz¹ abre espaço para que se possa analisar as diversas racionalidades de forma equitativa e até comparativa (cuidando-se para não recorrer a simplificações), potencializando seu uso para um melhor entendimento de racionalidades diferentes da biomédica.

As Práticas Populares de Saúde e a Biomedicina.

Quando se faz referência à “cultura popular”, logo vêm à tona características amplamente rotuladas pela sociedade, tais como nos aponta Bosi:⁸ como um “fóssil correspondente a estados de primitivismo, atraso, demora, subdesenvolvimento”. Ao dizer “sociedade” pretendemos nos referir ao sistema-mundo que coloca o “popular”, e tudo a ele relacionado, fora de sua totalidade, na exterioridade do sistema como é analisado por Dussel.⁹ As práticas populares de saúde foram submetidas a essa mesma concepção, sendo entendidas pela sociedade como atraso e ignorância, contrastando com as práticas médicas, estas tidas como dotadas de cientificidade e legitimidade. Concordamos com Dussel⁹ quando afirma que a ciência é o mais sutil instrumento de dominação, sobretudo quando se pretende universalizar.

Mesmo a Portaria 971², que oficializa as práticas integrativas, foi alvo de questionamentos por parte dos órgãos de representação médica, como o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira. Desde 2006, quando foi publicada, vêm aliando-se a esses órgãos, a Associação Médica Homeopática Brasileira, assim como as entidades representativas da Acupuntura, explicitando o receio à prescrição popular de tais práticas, defendendo o Ato Médico. Entendemos que essas manifestações inserem-se em uma construção do “modo hegemônico de produção do cuidado”, como é denominada a medicina científica em documento do Ministério da Saúde¹⁰. Essa medicina tem seu marco em 1910 com o Relatório Flexner que estabeleceu a formação dos profissionais dentro dos referenciais científicos. A construção desse modo de cuidado antecede esse momento histórico do Relatório Flexner, pois remonta os primórdios da busca de conhecimento científico para a base da prática biomédica, por exemplo, quando do desenvolvimento da microbiologia. Incorporou-se, historicamente, a prática médica com a tal prática científica e, conseqüentemente, desqualificaram-se outras práticas e praticantes.

Trazemos, ainda nos dias atuais, reflexos desse processo histórico não apenas no atendimento médico-centrado,

como também nos movimentos para que essa prática médica permaneça hegemônica na prescrição de medicamentos, consultas etc. não apenas em relação às práticas populares. Em recente desfecho judicial (junho de 2008), em que o Conselho Federal de Enfermagem conseguiu a anulação de processo do Conselho Federal de Medicina que pretendia retirar dos enfermeiros atribuição de prescrição, consulta e solicitação de exames, temos um exemplo de como se pretende tal hegemonia também em relação a práticas de outros profissionais da área da saúde que são formados dentro de um paradigma científico semelhante ao da formação do médico. Percebe-se também, em relação à Portaria de Práticas Integrativas já mencionada², movimento semelhante, com discurso único das sociedades médicas, sejam hegemônicas ou alternativas (no caso da Homeopatia e Acupuntura), procurando manter apenas como oficiais as práticas médicas (ou melhor dizendo, dos médicos) já estabelecidas como tal pelas sociedades médicas brasileiras. Enfim, o que parece estar em jogo não é apenas a possibilidade de algumas práticas se estabelecerem como alternativas (por exemplo: homeopatia e acupuntura), às práticas médicas majoritárias no Sistema de Saúde, mas também a possibilidade de certos praticantes se estabelecerem como alternativos ao médico.

Distante e ao mesmo tempo imersa (pois recebe os reflexos, como se verá a seguir) nesse embate, a população busca apoio não apenas nos profissionais da biomedicina, mas também nos agentes das práticas populares, para o enfrentamento das situações de adoecimento¹¹. Pesquisa desenvolvida por Queiroz⁴ aponta que a procura de soluções para os problemas de saúde se dá por meio de três tipos de agentes: “médicos ou farmacêuticos, os benzedores e os promotores domésticos (geralmente a dona-de-casa) da medicina caseira”.⁴ Identifica-se aqui a presença da “cultura popular” na atenção à saúde da população.

As pessoas que buscam soluções também na cultura popular não veem uma “oposição ou inviabilidade entre sistemas terapêuticos diferentes” como, por exemplo, entre a biomedicina e as práticas populares. Veem uma “complementaridade, sem que um enfraqueça a importância do outro”.¹² Suas escolhas por diferentes “sistemas terapêuticos” advêm de suas visões acerca de saúde, doença e das distintas explicações para a instalação das doenças. Essas escolhas, segundo Leite e Vasconcelos¹², não são definitivas, já que, em alguns casos, as práticas (tanto biomédicas como populares) são constantemente objeto de resignificação para quem as procura. Esses significados são construídos nas experiências vividas pelos sujeitos, nas quais, como diz Minayo¹³, são desenvolvidas ‘teorias populares’ para

a etiologia das doenças e estas se reestruturam constantemente no contato com as práticas biomédicas e com as práticas populares.

Foi durante a década de 1980 que aconteceu uma “incorporação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, [e] a reabilitação das medicinas populares”¹ na América Latina. Esta incorporação “assinala o boom das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental”, dando início à disputa pela clientela e por espaços nos serviços de saúde, além de demandar uma legitimação institucional até então não concebida e uma inserção paulatina na rede pública¹. A partir de então, a procura pelas medicinas tradicionais tem aumentado cada vez mais devido ao fato de estas inovarem, com sua racionalidade terapêutica específica, nos seguintes aspectos listados por Luz:

- a) na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico;
- b) na re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica;
- c) na busca de meios terapêuticos, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia curativa nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população;
- d) na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência no tocante à relação saúde/enfermidade;
- e) na afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença.¹

Os estudos internacionais apontam alguns motivos para o crescente uso da medicina alternativa pela população. Segundo estes estudos, as pessoas utilizam a medicina alternativa como um complemento aos tratamentos médicos convencionais, pois com ela conseguem obter uma maior responsabilidade/participação durante seu tratamento e manutenção de sua saúde, do que se comparado ao tratamento com a biomedicina.^{14,15} Além disso, a influência da educação familiar, ou seja, o fato de a pessoa crescer ao redor de familiares que utilizam práticas alternativas também é citada como um dos motivos para o aumento do uso da medicina alternativa.¹⁶

As experiências de objetivização, de desvalorização e de desempoderamento com as quais os pacientes se deparam durante os encontros biomédicos têm sido consideradas como capazes de exercer uma mudança da “individualidade do paciente” e, dessa maneira, inspirar uma busca por

modelos terapêuticos e relações mais empoderadoras que olhem para o paciente como “uma pessoa inteira”. Ou seja, as práticas integrativas e as práticas populares são frequentemente compreendidas como práticas que reúnem “algumas necessidades das pessoas, as quais o sistema médico dominante não reúne”.¹⁷

As mulheres e as práticas populares de saúde

O uso de práticas complementares e populares de saúde é muito comum entre as famílias brasileiras, sendo que a cultura popular se expande tradicionalmente nos estratos mais pobres da sociedade.⁸ Os conhecimentos pertinentes às práticas populares de saúde são passados através de gerações e, segundo Queiroz⁴, as mulheres são as principais responsáveis por essa passagem. Além desse papel - de transmissora dessa tradição popular - é também a mulher que, no interior das famílias brasileiras, segundo Faúndes¹⁸, cuida e promove o bem-estar da família, enquanto que aos homens são destinadas as tarefas extradomiciliares, de caráter mais público e social. Essa é uma situação não apenas circunscrita à realidade brasileira ou mesmo de países periféricos. Estudo realizado por Upchurch, com uma amostra de mulheres americanas, indica que são as mulheres quem frequentemente cuida dos encaminhamentos de saúde dos familiares.¹⁹

A mulher, exercendo o papel de personagem principal no cuidado e encaminhamento dos problemas de saúde familiares, avalia a necessidade de providenciar o cuidado ao familiar ou não e, quando houver necessidade deste, qual dos agentes de saúde deverá ser procurado.⁴ Ou seja, a mulher é um importante “recurso de cura”, como acrescenta Oliveira²⁰. Este autor argumenta que é a mulher quem primeiramente decide se realmente existe a doença. Em caso afirmativo, resolve as providências a serem tomadas, se é necessária ou não a busca por ajuda e qual o caminho mais adequado segundo a gravidade do caso.

Loyola⁵ constata que:

*Seja porque dispõe de mais tempo, pois não trabalha fora de casa, seja porque a doença, sendo uma fraqueza, é ‘assunto de mulher’, a mulher é considerada o ‘médico da família’, cabendo-lhe não somente encaminhar os doentes aos serviços médicos, mas também observar e conhecer os sintomas, os remédios, as dietas e as alternativas de tratamento dos diferentes males que ocorrem no seio da família.*⁵

O sujeito opta por um caminho terapêutico “de forma racionalizada, calculada, sustentado por diversas concep-

ções e influências.”¹² Para Minayo¹³, os “grupos populares” possuem uma interpretação das doenças baseada em um “contexto pluridimensional”, incluindo causas naturais, sobrenaturais, psicossociais e socioeconômicas para as doenças. E no que se refere à terapêutica, a família, ou a mulher, mãe ou esposa mais especificamente, atuam no processo terapêutico ao providenciarem os primeiros cuidados de saúde, como já mencionado acima. Segundo Leite e Vasconcelos¹², cerca de “70 a 90 por cento dos tratamentos de saúde ocorrem nas famílias”. Estas mesmas autoras citadas por Loyola⁵ acrescentam que “nas classes populares, primeiramente esgotam-se as possibilidades de recursos terapêuticos familiares, advindos de experiências acumuladas”.

Outro aspecto a ser considerado ao se examinar as mulheres e as práticas populares, é que, embora haja variações entre diferentes práticas, os estudos analisados para este trabalho apontam que a mulher tem sido a que mais frequentemente está à frente de determinadas práticas populares alternativas tais como as parteiras, as benzedoras e a direção de terreiros e as posições elevadas na “hierarquia eclesiástica” das mães-de-santo na Umbanda e no Candomblé.^{5,17} Em pesquisa com praticantes, Loyola encontrou que, para a maioria das mulheres que exercem práticas populares de saúde, a aquisição de conhecimentos e o incentivo para se tornar praticante partiram principalmente do contato com mulheres mais experientes, “quase sempre pertencentes ao seu grupo familiar”.⁵

Saúde e Saúde da Mulher: construções socioculturais

Mesmo sendo um trabalho voltado às práticas populares e à saúde da Mulher, pareceu-nos importante refletir, mesmo que brevemente, algumas compreensões sobre a Saúde da Mulher que trazem a diversidade cultural, de visões de mundo e de sujeito, entre outras. Esses apontamentos podem contribuir para se relacionar a saúde na mulher nas práticas populares à Saúde da Mulher como política pública e como campo teórico-prático.

Os autores consultados para este trabalho e que tratam sobre as concepções de saúde e doença^{10,12,13,20-22} são unânimes em afirmar que estas concepções estão diretamente relacionadas à visão de mundo do sujeito. Ou seja, que são entendimentos com características próprias, variando de acordo com o contexto cultural de cada sociedade e dos diferentes grupos que as compõem.

Segundo Oliveira²⁰, a compreensão do ‘leigo’ acerca de sua própria doença é diferente da compreensão do médico sobre esta mesma doença. No texto produzido

pelo Ministério da Saúde, existe o reconhecimento de que existem diversas definições de saúde e doença, uma dada pelas pessoas, outra dada pelos profissionais da biomedicina e outra, ainda, dada pelo modo como a sociedade classifica as pessoas “saudáveis” e as “não saudáveis”.¹⁰

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)²³, saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.”. No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), no Artigo 3º, define que a saúde envolve alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais²⁴. Neste contexto, se entende uma concepção ampliada de saúde e, portanto, que as ações realizadas por outros setores, como trabalho e educação, também exercem influências sobre a saúde.¹⁰

Leite e Vasconcelos¹² afirmam que “a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar”. O mal-estar, portanto, torna-se doença quando é reconhecido socialmente como tal. Paim²² e Oliveira²⁰ (1998) concordam ao dizer que, para os grupos populares, a doença só é percebida como tal quando a pessoa se torna incapaz de realizar as atividades diárias, “É quando a fraqueza prepondera sobre a força, [...] A fraqueza toma conta de todo o corpo, alterando por completo as atividades normais do indivíduo”²⁰. Por isso, como afirma Paim²², a gravidez não é percebida como uma doença para a mulher desse grupo, já que ela não deixa de realizar suas atividades diárias.

SAÚDE DA MULHER

Não diferentemente das concepções sobre saúde, as concepções acerca da mulher e de seus fenômenos biológicos variam entre sociedades culturalmente diferentes e até mesmo dentro da mesma sociedade. Os papéis sexuais são estabelecidos de modo relacional e a condição social da mulher é frequentemente relacionada às suas características biológicas. Fatores culturalmente tidos como naturais, tais como “estatura menor, menor força muscular, as dimensões do cérebro e o processo reprodutivo que ‘enfraquecia’”²⁵, comprovavam cientificamente a caracterização social da mulher como um ser inferior. Dentro dessa perspectiva, “o corpo, ainda que algo natural e individual, é conformado e moldado socialmente.”²²

Ao analisarmos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicada pelo Ministério da Saúde²⁶ (2004), vemos que esta resgata a existência de vários conceitos sobre saúde da mulher na literatura atual. Segundo o

MS, há concepções que se restringem apenas aos aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, isto é:

*o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero.*²⁶

Existem outras concepções mais amplas, sendo que estas interagem também com as dimensões dos direitos humanos e as questões relacionadas à cidadania.

A necessidade de controle social, isto é, da “regulação dos nascimentos”, segundo Vieira²⁷, passa a fazer parte da competência médica, cuja prática começa a ser redefinida ainda no século XVIII. A função da reprodução é mais focalizada na mulher, mas,

*sendo essas questões [da sexualidade e da reprodução] tanto masculinas quanto femininas, a medicalização [“processo que transformou o corpo feminino em objeto de saber e de prática médica ao longo dos tempos”] termina por transformar principalmente o corpo feminino em objeto de saber médico, no que se refere à sexualidade e à reprodução. [...] a questão demográfica vai se transformar, assim, em problema de natureza ginecológica e obstétrica.*²⁷

Segundo Vieira²⁷, a prática obstétrica desloca o conhecimento sobre o corpo da mulher do âmbito das parteiras para o dos médicos, caracterizando a sua medicalização. Esta medicalização induz o corpo feminino a um processo de ‘doencificação’, o qual consiste em tratar processos biológicos naturais da mulher como distúrbios, doenças. A medicalização “trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.”

A visão acerca dos fenômenos biológicos da mulher varia muito entre as sociedades. Alguns exemplos são ilustrativos da construção cultural destes fenômenos, a menarca, por exemplo, é um evento que em algumas culturas é comemorado com cerimônias públicas, enquanto que para outras é um acontecimento íntimo e que deve ser oculto. Nos grupos populares, ela indica “aptidão à reprodução e mais um passo em direção à vida adulta, a qual será instaurada definitivamente com o primeiro filho.”²²

Assim como a menstruação, a gravidez e o parto também assumem diferentes concepções. Como coloca Paim²², nos grupos populares, a primeira gravidez, que muitas vezes ocorre ainda na adolescência, se constitui em uma passagem

para a vida adulta, a qual é muito desejada e valorizada nesta classe. A gravidez, portanto, é socialmente aceita. Ela “não atrapalha o desempenho das atividades cotidianas”²² e, por isso, não é tida como sinônimo de doença. Já Rodrigues acrescenta que, em Bali, “as mulheres grávidas ou puérperas não podem entrar no templo de alguns deuses nem podem chegar perto de um sacerdote” e em algumas sociedades elas “estão impedidas de trabalhar e devem observar uma alimentação especial.”²⁸

Rodrigues²⁸ observa que o parto, em algumas sociedades, é realizado com técnicas cirúrgicas, enquanto em outras, as mulheres dão à luz em pé ou sentadas. Paim²² acrescenta que, na Índia, muitas mulheres costumam ter seus filhos em pé e nos países europeus, o parto é realizado na posição deitada ou de cócoras. Na cultura de algumas sociedades, as mulheres são proibidas de demonstrar dores durante o parto. Já em outras, estas são “manifestações da natureza que independem da vontade da mulher”.²²

A Saúde da Mulher na Biomedicina e nas Práticas Populares

As práticas populares possuem, geralmente, uma visão mais integral para a saúde e para a doença. Como argumentam Leite e Vasconcelos¹²:

*enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar.*¹²

A etiologia das doenças segue o mesmo caminho da visão acerca da saúde e da doença. Na visão biomédica, segundo Minayo¹³, as doenças têm origem natural, elas acontecem apenas no “plano físico”. Na biomedicina, o ser humano é dividido em elementos cada vez menores e mais específicos levando, assim, a uma perda da visão do “processo de interrelação sociocultural, psicossocial e espiritual que permeia qualquer doença”. Do ponto de vista popular, a etiologia das doenças integra diversas linguagens e códigos explicativos, incluindo os emocionais, sobrenaturais, socioeconômicos, ecológicos e também aqueles discursados pela biomedicina.

Segundo Leite e Vasconcelos, a “complexidade que envolve a vida cotidiana e o enfrentamento das doenças em geral não faz parte da formação do profissional de

saúde” resultando em uma divergência de raciocínios que provocam “grande dificuldade para que o profissional compreenda as atitudes de seus pacientes”.¹² Ou seja, as tensões, desconfortos, mal-estar que são claramente sentidos pelas pessoas, muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da biomedicina.²¹ Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde destaca a necessidade de “superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde”.²⁶

O estudo de Dessio *et al.*¹⁶, aborda a prevalência e os padrões do uso da religião e da espiritualidade relacionados às questões de saúde entre mulheres afro-americanas. As autoras afirmam que a religião e a espiritualidade são vistas nas comunidades afro-americanas como recursos de apoio social e psicológico e como estratégias que se voltam para algumas necessidades de saúde que a atenção convencional não reconhece.¹⁶

Outro estudo, dessa vez de Sointu¹⁷, realizado com 27 mulheres, busca demonstrar as maneiras pelas quais as práticas complementares e alternativas promovem o empoderamento, o controle e a governabilidade nas mulheres que as utilizam. A autora constatou que muitos dos que buscam tais práticas buscam um sentimento subjetivo de bem-estar, mais do que meramente a saúde, como a definida pela biomedicina.

Estes estudos confirmam que o uso das práticas populares por e para mulheres está relacionado à compreensão que as práticas apresentam de saúde e doença. A definição de bem-estar que as práticas possuem revela a importância que estas dão para a busca do significado pessoal e a expressão deste, permitindo a construção de um usuário empoderado e responsável pela sua própria saúde.

CONCLUSÃO

Como apontam Leite e Vasconcelos¹², na realidade social a que estamos sujeitos hoje em dia, “parece muito coerente que as terapias populares e tradicionais sejam incorporadas aos sistemas de saúde, como propôs a Organização Mundial de Saúde em 1978”. Um exemplo de ação nesse sentido é o encontrado pelas autoras como notícia no site do Ministério da Saúde.²⁹ Desde março de 2000, este Ministério está implementando o “Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais”. Este programa tem como objetivo principal “assegurar a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais”,

reconhecendo estas como “parceiras na atenção à saúde da comunidade”. Além de “valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dessa maneira, possibilitar a preservação de seus saberes e práticas, bem como promover o encontro desses saberes com o conhecimento técnico-científico”.²⁹

O diálogo entre várias racionalidades médicas é uma das vias para a promoção de saúde da população. No entanto, esse resultado se perde se, ao serem incorporadas ao Sistema de Saúde e para a Formação Profissional, as práticas populares forem racionalizadas seguindo a lógica da Biomedicina. Uma das contribuições dessas práticas, senão a principal delas, está justamente no modo como elas alteram a lógica do modelo de atenção prestada pela biomedicina. As práticas complementar e populares investigadas nesta pesquisa, além da visão geral de saúde, têm o seu tempo para recebimento dos usuários e para a intervenção, sem provocar filas e sem deixar ninguém de fora. Outra importante contribuição das práticas complementar e populares é a concepção de ser humano que elas apresentam. Diferente da visão fragmentada da biomedicina, essas práticas integram diversas explicações, incluindo emocionais, sobrenaturais, socioeconômicas e ecológicas, incluindo, não raramente, aquelas utilizadas pela biomedicina.¹³

Há potencialidades nas práticas populares de saúde na Atenção à Saúde da Mulher e há possibilidades de inclusão do diálogo com tais práticas no âmbito das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. Por outro lado, é necessário que o tema das práticas populares de saúde seja incluído nas Políticas de Formação dos profissionais que irão atuar no sistema de saúde, buscando ampliar sua formação, suas compreensões de ser humano e de mundo e suas visões sobre os processos de adoecimento e cura. Entendemos que somente com a inclusão desse tema na formação dos profissionais é que ocorrerá uma melhor compreensão de sua parte acerca dessas práticas e, conseqüentemente, um futuro trabalho em conjunto buscando uma saúde melhor para a população atendida.

REFERÊNCIAS

1. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado em 2008 jun 25]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>
3. Pires AM, Borella JC, Raya LC. Prática alternativa de saúde na atenção básica da rede SUS de Ribeirão Preto (SP). *Divulg Saúde Debate*. 2004 mar; 1(30):56-8.
4. Queiroz MS. Representações sobre Saúde e Doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp; 1991.
5. Loyola MA. Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel; 1984.
6. Upchurch DM, Chyu L. Use of complementary and alternative medicine among American women. *Womens health issues*. [Citado em 2007 dez. 20]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/10493867>.
7. Stotz EN. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 46-57
8. Bosi A. Cultura brasileira e culturas brasileiras. In: Bosi A. *Dialética da colonização*. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1992. p. 308-45.
9. Dussel E. Cultura imperial, cultura ilustrada e libertação da cultura popular. In: Dussel, E. *Para uma ética da libertação latino americana III: ertóica e pedagogia*. São Paulo: Loyola; sd. p.253-81.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Texto 1 - Saúde e doença: dois fenômenos da vida. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Unidade de Aprendizagem - Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz; 2005. p. 27-35.
11. Moraes JV, Oliveira MW, Montrone AVG, Pinto FG, Aquilante AG, Vasconcelos VO, *et al*. Práticas alternativas de saúde num bairro de São Carlos, interior de SP. In: Moraes JV, Oliveira MW, Montrone AVG, Pinto FG, Aquilante AG, Vasconcelos VO, *et al*. *XV Jornada de Jóvenes Investigadores de la Asociación de Universidades Grupo Montevideo: Investigación, Integración y Desarrollo*. Trabajos completos de la XV Jornadas de Jóvenes Investigadores de la AUGM: Investigación, Integración y Desarrollo; 24-26 de out de 2007; Campus Universitario de la Universidad Nacional de Assunción, San Lorenzo, Paraguay. San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción; 2007. CD-ROM.

12. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2006 jan/mar; 13(1):113-28.
 13. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*. 1988 out/dez; 4(4):363-81.
 14. Wells M, Sarna L, Cooley ME, Brown JK, Chernecky C, Williams RD, Padilla G, Danao LL. Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. *Cancer Nurs*. 2007 jan/fev; 30(1):45-55.
 15. Parkman CA. Women's preferences for complementary and alternative health care. *Case Manager*. 2005 nov/dez; 16(6):36-9.
 16. Dessio W, Wade C, Chao M, Kronenberg F, Cushman LE, Kalmuss D. Religion, spirituality, and healthcare choices of African-American women: results of a national survey. *Ethn Dis*. 2004; 14(2):189-97.
 17. Sointu E. The search for wellbeing in alternative and complementary health practices. *Sociol Health Illn*. 2006 abr; 28(3):330-49.
 18. Faúndes A. Gênero, Poder e Direitos Sexuais e Reprodutivos. *Femina*; 1996; 24(7):661-4, 667-8, 670.
 19. Upchurch DM, Chyu L, Greendale GA, Utts J, Bair YA, Zhang G, Gold EB. Complementary and alternative medicine use among American women: findings from The National Health Interview Survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2002 jan/fev; 16(1):102-13.
 20. Oliveira FJA. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Leal OF, editores. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 81-94.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Texto 2 - Saúde, normalidade e risco. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Unidade de Aprendizagem - Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz; 2005. p. 37-45.
 22. Paim HHS. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF, editores. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 31-47.
 23. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (URSS). Declaração de Alma-Ata. URSS; 6-12 de set de 1978. 3 p. [Citado em 2008 jun 25] antes de Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arq/Alma-Ata.pdf>
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. [Citado em 2008 jun 25]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
 25. Giffin KM. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cad Saúde Pública*. 1991 abril/jun; 7(2):190-200.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 82 p.
 27. Vieira EM. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 84 p.
 28. Rodrigues JC. *Corpo ou Corpos?* In: Rodrigues JC. *Tabu do corpo [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Antropologia Social; 1979.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. [Citado em 2008 jun 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25414
-
- Submissão: agosto de 2009
Aprovação: janeiro de 2010
-