



OS SISTEMAS DE SAÚDE POPULAR E OFICIAL SOB A ÓTICA DE BENZEDEIRAS THE POPULAR AND OFFICIAL HEALTH SYSTEMS FROM THE VIEWPOINT OF FAITH-BASED HEALERS

LOS SISTEMAS DE SALUD POPULAR Y OFICIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE BENDICERAS

Luanna dos Santos Rocha¹, Célia Alves Rozendo²

RESUMO

Objetivo: compreender as aproximações e os distanciamentos entre os sistemas de saúde popular e oficial, a partir da visão de benzedeiras. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com quatro benzedeiras em Maceió (AL). Os dados foram produzidos a partir de entrevista narrativa e a análise foi baseada na técnica da Análise de Conteúdo, em sua modalidade temática, somada a discussões das áreas de enfermagem e antropologia médica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), sob o Protocolo n. 292641. **Resultados:** constatou-se que benzedeiras (sistema popular) e profissionais da saúde (sistema oficial) não possuem relações próximas. Observou-se que as benzedeiras compreendem a especificidade e importância dos conhecimentos profissionais, embora afirmem que o inverso não ocorre. **Conclusão:** a desvalorização das práticas populares por parte dos profissionais da saúde aumenta o distanciamento na relação entre os sistemas oficial e popular de saúde, bem como a invisibilidade e falta de crédito do conhecimento popular. **Descritores:** Medicina Tradicional; Antropologia Médica; Cuidados de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the similarities and differences between the popular and official health systems, from the viewpoint of faith-based healers. **Method:** exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, conducted with four faith-based healers in Maceió, Alagoas, Brazil. Data was produced by means of narrative interview and the analysis was based on the Content Analysis technique, in its thematic modality, added with discussions from the areas of nursing and medical anthropology. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas (UFAL), under the Protocol 292641. **Results:** it was found out that faith-based healers (popular system) and health professionals (official system) do not have close relations. It was observed that faith-based healers understand the specificity and importance of professional knowledge, although they claim that the reverse does not occur. **Conclusion:** the devaluation of popular practices by health professionals increases detachment in the relation between the official and popular health systems, as well as the invisibility and lack of trust of popular knowledge. **Descriptors:** Traditional Medicine; Anthropology, Medical; Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender las similitudes y diferencias entre los sistemas de salud popular y oficial, desde el punto de vista de las bendiceras. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con cuatro bendiceras en Maceió, Alagoas, Brasil. Los datos se produjeron por medio de entrevista narrativa y el análisis se basó en la técnica del Análisis de Contenido, en su modalidad temática, sumada a discusiones de las áreas de enfermería y antropología médica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Alagoas (UFAL), bajo el Protocolo 292641. **Resultados:** se constató que bendiceras (sistema popular) y profesionales de la salud (sistema oficial) no tienen relaciones cercanas. Se observó que las bendiceras comprenden la especificidad y la importancia de los conocimientos profesionales, aunque afirmen que la inversa no ocurre. **Conclusión:** la devaluación de las prácticas populares por profesionales de la salud aumenta la separación en la relación entre los sistemas oficial y popular de salud, así como la invisibilidad y la falta de confianza del conocimiento popular. **Descriptores:** Medicina Tradicional; Antropología Médica; Cuidados de Salud; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: luanna.rocha.enf@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: celia.rozendo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares em resposta às situações de doença ou necessidades de saúde, os chamados sistemas de atenção à saúde.¹ Esses sistemas podem ser entendidos como um

[...] modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda. Porém, ele auxilia a sistematização e compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura ou diante de outras não familiares.^{2:178}

Duas dimensões se destacam ao abordar esses sistemas. A primeira diz respeito ao seu caráter cultural, onde se evidencia uma simbólica que confere a cada e todas as culturas conceitos singulares sobre o que é ser doente ou saudável, bem como as diversas classificações que envolvem os estados de doença e suas terapêuticas²; a outra se refere a um caráter social, na qual a atenção à saúde se define a partir da presença de instituições relacionadas à saúde, bem como a presença de profissionais, normas e relações de poder nelas envolvidas; também inclui especialistas comumente não reconhecidos pela biomedicina², como as benzedeiras de nosso estudo.

Apresentando-se majoritariamente como uma prática feminina, a benzedura se coloca como uma prática antiga em nossa sociedade, que emergiu em meio ao catolicismo popular, geralmente praticado por mulheres e transmitido de geração em geração ou recebido como um “dom divino”.^{3,4}

Com o desenvolvimento do sistema médico oficial no país, as benzedeiras, que antes proporcionavam uma das poucas alternativas terapêuticas da população, passaram a ser consideradas pelo sistema oficial pontos de “resistência” à entrada e disseminação dos serviços médicos nas comunidades.⁵ Acusadas posteriormente de exercer ilegalmente a medicina, essas mulheres mantiveram-se executando suas práticas respaldadas pelas comunidades, mesmo diante das adversidades. Diante de tantos conflitos, passaram, então, a ocupar um espaço social periférico em suas comunidades, cuja centralidade passou a ser dirigida pelas práticas de medicina oficial e institucionalizada.⁶

As benzedeiras praticam uma atividade que era muito comum antigamente, sendo hoje cada vez mais rara, pelo menos nas grandes cidades. “A urbanização, a universalização da

saúde, o ingresso e permanência no mercado de trabalho, o crescimento de religiões evangélicas (que geralmente condenam essa prática) e o desinteresse pelas novas gerações em apreendê-la estão entre os fatores que parecem interferir na continuidade”^{3:128} das práticas de benzedura em nossa sociedade. Apesar do atual processo de invisibilização em torno da prática de benzedura, muitas regiões do país nunca deixaram de utilizá-la.

Tomando como contexto o desenvolvimento da prática de benzedeiras em Maceió (AL), este trabalho tem por objetivo:

- Compreender as aproximações e os distanciamentos entre os sistemas de saúde popular e oficial, a partir da visão de benzedeiras.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva descreve o fenômeno investigado, possibilitando conhecer os problemas vivenciados.⁷ A pesquisa qualitativa considera, como fonte de estudo, a ótica dos indivíduos que vivenciam determinado fenômeno, seu universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes.⁸

Os sujeitos da pesquisa foram quatro benzedeiras de uma capital nordestina que estavam praticando a benzedura no período da coleta de dados. Tendo como cenário a própria casa das benzedeiras, a coleta de dados foi realizada de junho a novembro de 2013, utilizando como técnica a entrevista narrativa. Uma entrevista narrativa se destina a encorajar os entrevistados a contar a história relativa a algo importante de suas vidas e do contexto social. Essa técnica é composta por quatro fases, precedida de sua preparação, que implica a exploração do campo e a formulação de questões exmanentes. Estas, por sua vez, dizem respeito a indagações do interesse do pesquisador, refletindo sua linguagem e pensamento. A primeira fase é a iniciação, seguida da narração central. A terceira fase envolve a formulação de perguntas e a quarta fase é a da fala conclusiva.⁹

A análise dos dados foi realizada por meio de Análise de Conteúdo, em sua modalidade temática¹⁰, e a discussão foi apoiada em autores das áreas de enfermagem e antropologia médica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), sob o Parecer n. 292641, como determina a Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde.¹¹ Para garantir o

Rocha LS, Rozendo CA.

anonimato, as participantes do estudo foram identificadas por meio de nomes de plantas comumente utilizadas nos rituais de cura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário brasileiro, a benzedura se instala e desenvolve antes da inserção da medicina oficial. Suas práticas dialogam com os sujeitos que a buscam e são aplicadas diretamente na realidade de seus grupos sociais, sendo as próprias benzedadeiras integrantes e construtoras da vida comunitária, ao passo que vivem e realizam seu ofício na própria comunidade. Como acreditam na existência de doenças de ordem espiritual e física, as benzedadeiras parecem compreender a necessidade dos conhecimentos científicos na área de saúde para os casos específicos de doença física.

A relação entre a medicina institucional - a biomedicina - e as práticas de cura populares perpassa o contato de dois desenvolvimentos históricos próprios, com dinâmicas específicas e particulares. Tal particularidade se apresenta a partir do próprio contato entre um “desenvolvimento da medicina como ciência - e sua institucionalização como ‘saber oficial’ - e o desenvolvimento histórico das concepções tradicionais da saúde e da cura, vinculadas à cultura de cada povo”.^{12:7}

Por sua vez, em se tratando de doenças não espirituais (de médico), as benzedadeiras não aparentam ter qualquer receio de orientar os sujeitos a buscar ajuda dos profissionais da saúde - destacando-se a figura do médico como foco do encaminhamento.

Se for de médico eu mando [...] ir pro médico, se for espiritual eu digo assim: agora vai tomar um sacudimento e depois fica tomando uns banhos e uns defumadores pra ficar boa! [...] Ai eu joga, assim, quando é problema de médico eu mando ir pra médico, mas quando é problema espiritual... (Dona Vassourinha)

Olhe, quando eu vejo que não dá pra mim, que não é doença de reza, aí eu mando a pessoa procurar um médico, procurar ajuda por lá... (Dona Arruda)

Esse encaminhamento ao profissional da medicina foi algo que nos inquietou no transcorrer desta análise. Questionamo-nos, pois, se esse encaminhamento se basearia na compreensão dessas mulheres sobre a especificidade do atendimento prestado pelos profissionais da saúde ou se seria realizado tendo como pano de fundo o receio de tratar doenças com diagnóstico reconhecido e ser acusadas de exercer ilegalmente a medicina (acusações estas que poderiam partir tanto

Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica...

pela sociedade e pessoas que as procuram como pelos médicos).

Ainda tomando por base as situações de encaminhamento, destacamos nos relatos o fato de nunca receberem pessoas devido à orientação de um profissional da saúde. Segundo Dona Pião-Roxo, isso ocorre porque a maioria dos profissionais prefere manter uma separação clara e larga entre suas práticas cientificamente embasadas (considerada a única forma possível e correta de atuação) e as das benzedadeiras, cujas ações se baseiam em suas experiências pessoais no manejo dos saberes populares. Dona Sambacaitá tem o mesmo pensamento, acrescentando ainda que cada agente de cura (benzedeira e profissionais da saúde) possui uma especificidade em suas ações. Segundo elas:

Porque às vezes eles não querem juntar medicina com a pessoa que cura, entendeu?! (Dona Pião-Roxo)

Olhe, cada um tem assuas coisas, faz suas coisas do seu jeito. Às vezes a coisa poderia andar mais junto, mas é muito difícil eles [profissionais da saúde] quererem isso! Ai a gente continua fazendo o da gente, caladinha, e eles fazendo o deles... (Dona Sambacaitá)

Uma exceção foi comentada por Dona Pião-roxo, que relatou ter recebido uma senhora vinda por orientação médica. Esse fato é relatado por ela com entusiasmo, aparentemente, ela vê a indicação como um sinal de valorização de seu ofício e de reconhecimento da significância de suas práticas de cura.

A negação quase generalizada do fazer das benzedadeiras por parte dos profissionais da saúde acaba por fortalecer o processo de invisibilização dos saberes e práticas populares. O atual modelo de formação profissional, que se respalda em uma crescente tentativa de tornar as práticas profissionais puramente baseadas no método científico e em aparatos de alta tecnologia, acaba desconsiderando tudo (e todos) que não adotem/concordem com tal modelo, contribuindo para o processo de apagamento do conhecimento popular que, cabe lembrar, vem se construindo desde o início da existência humana.

Além das práticas exclusivas das benzedadeiras ou dos profissionais da saúde, observamos nos depoimentos que, em determinadas situações, orienta-se o uso de ambas as terapêuticas - profissional e popular. Nesses casos, os sujeitos são orientados pelas benzedadeiras a procurar os serviços de saúde para tratamento dos problemas físicos e, concomitantemente ou posteriormente,

Rocha LS, Rozendo CA.

realizar o tratamento espiritual. É como nos mencionou Dona Vassourinha:

Porque têm pessoas com problema espiritual e têm pessoas com problema de médico. Junto! Então, quando fazem as coisas pra perturbar os outros que mandam, aí qualquer coisa que a pessoa tenha, aí junta uma coisa com a outra e fica pior pra aquela pessoa sofrer! Aí eu mando: vá pro médico e depois que você vier do médico você venha aqui! Aí quando a pessoa vem aqui, aí eu digo: pronto, agora você vai fazer assim e assado! Mas tem que fazer, tem que ir! (Dona Vassourinha)

Tal concomitância de atuação nos permite perceber que, partindo do olhar das benzedeiras, o uso de um sistema de saúde não impede o uso de outro. Vemos que suas práticas não são necessariamente excludentes, fato que possibilita o desenvolvimento de parceria/vinculação entre profissionais e benzedeiras, cuja atuação conjunta teria como objetivo principal o reestabelecimento da saúde dos sujeitos.

Embora atualmente se percebam os impasses e divergências entre os sistemas de saúde oficial e tradicional, observamos que as benzedeiras tendem a buscar a criação de uma relação com o sistema oficial. Tal fato demonstra seu comprometimento de ajudar os sujeitos, considerando-os em sua integralidade.

A parceria entre benzedeiras e profissionais da saúde poderia contribuir de forma significativa para a promoção da saúde de indivíduos e coletividades. Isso porque a partir do estabelecimento de vínculos entre esses atores, poderiam ser propostas ações ampliadas de saúde (principalmente as relativas à educação em saúde), cuja recepção pela comunidade se daria, provavelmente, de forma mais natural, devido à facilidade de acesso e similaridade de linguagens e crenças que compartilham as benzedeiras e suas comunidades.

Os bons frutos colhidos de parcerias entre agentes tradicionais e profissionais da saúde foram demonstrados em outro estudo¹³, que relata os efeitos positivos da inclusão das benzedeiras da Paraíba no processo de divulgação das atividades voltadas a segmentos comunitários. As benzedeiras

[...] estão assumindo a condição de mediadoras no processo educativo para auxiliar agentes comunitários e técnicos da área de saúde a divulgarem a importância da medicina tradicional no processo de “cura” das doenças dos habitantes das comunidades paraibanas. O saber popular/local está sendo colocado a serviço das orientações, aconselhamentos e

Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica...

divulgação das funções da medicina tradicional. Através de manifestações lúdicas da cultura popular (cantigas de roda e de ninar, teatro de bonecos e de rua), da religiosidade do povo transmitida através das rezadeiras, os responsáveis pelo Núcleo de Educação e Saúde estão encontrando nas identidades culturais do próprio povo, novas possibilidades de interação junto aos segmentos comunitários da região.^{13:2}

Um estudo sobre a incorporação das benzedeiras ao Programa Saúde da Família¹² também aponta para as possíveis contribuições dessas mulheres para a oferta de uma assistência integral aos sujeitos ao se assumir suas especificidades culturais. Destaca, entretanto, que se deve ter cuidado e questionar em que moldes ocorre a vinculação das benzedeiras com os profissionais e serviços de saúde.¹² Questiona se essa inserção não estaria servindo como um reforço à cultura hegemônica biomédica, visto que as rezadeiras são induzidas a sugerir que após a reza os sujeitos busquem o profissional (médico), sem que o caminho inverso (o profissional encaminha o sujeito à benzedeira) ocorra.

Observam-se, então, três formas distintas de inserção das benzedeiras. No primeiro caso (minoritário), as benzedeiras se sentem valorizadas pelo aparato institucional e governamental, pois “supõem que deixaram de ser vistas como elementos do folclore para serem vistas pelo poder público como cidadãs detentoras de um saber e de uma capacidade de diálogo com a comunidade que o sistema de saúde convencional não alcança”.^{12:80} No segundo caso (majoritário), as benzedeiras apenas cumprem o que lhes foi “ensinado” pelos agentes de saúde, quando foram cadastradas no programa, percebendo-se uma “atitude de subserviência ou obediência” em relação a alguém que elas consideram como autoridade.¹² Em último caso, percebe-se uma tentativa de não magoar pessoas que elas conhecem e em relação às quais elas se julgam devedoras - agentes de saúde de seu bairro ou a coordenadora do posto - influenciando o modo como essas mulheres agem em relações que envolvem dívidas morais.¹²

Essas três formas de inserção identificadas no estudo supracitado ilustram as inúmeras relações que permeiam a coexistência entre as benzedeiras e o sistema oficial de saúde e, mais especificamente, os profissionais que constituem tais serviços. Embora acreditemos que se torna cada dia mais necessário promover estratégias de vinculação entre os sistemas de saúde oficial e popular, também compartilhamos das inquietações e críticas

Rocha LS, Rozendo CA.

apontadas acima. Compreendemos que para que se estabeleça uma relação igualitária e harmoniosa entre tais sistemas é necessário que todos os envolvidos estejam conscientes dos significados sociais e culturais que cada agente assume na assistência aos sujeitos, valorizando e respeitando seus respectivos saberes e práticas enquanto construções históricas (mesmo que oriundas de vertentes epistemológicas distintas).

Apesar de observar-se um crescente movimento em favor do reconhecimento das práticas populares de cuidado da saúde em nível nacional, os serviços de saúde têm adotado posturas puramente tecnicistas e biomédicas em relação à assistência a saúde. Esse modelo assistencialista tem como subsídio o paradigma mecanicista - considera os sujeitos como máquinas compostas por peças separadas, tratando a doença como o mau funcionamento dos mecanismos fisiológicos e atribuindo aos profissionais da saúde a responsabilidade pela reparação do problema de funcionamento.¹⁴ Os sujeitos, nesse paradigma biomédico tecnicista, perdem sua identidade humana e pessoal, sendo o sofrimento do sujeito integral desconsiderado.

O processo de comunicação e interação entre profissionais e indivíduos (que passam a ser tratados como “pacientes”, passivos às intervenções biomédicas), ainda esbarra em um acentuado quadro de dificuldades. As consultas, que deveriam ser o momento privativo e de maior interação entre os sujeitos, são feitas em tempo recorde, não se dispondo de tempo e paciência para ouvir os sujeitos que, muitas vezes, não conseguem manter um diálogo a partir das dificuldades encontradas na compreensão do próprio contexto vocabular.¹³ A inexistência de uma comunicação horizontalizada acaba por impossibilitar o processo comunicacional entre profissionais e indivíduos, que comumente necessitam ser ouvidos e compreendidos, para depois se aconselhar e prescrever a terapêutica necessária para cada caso.¹³

Vemos, assim, que a comunicação é um problema de grau intercultural, no sentido que um profissional da saúde participa de um mundo de conhecimentos diferentes da cultura do leigo.¹ Nos dois casos - o profissional e o leigo - suas perspectivas são pautadas nos processos culturais próprios. Os problemas que envolvem a prática profissional não dizem respeito ao conhecimento, mas, sim, à relação de superioridade profissional sobre os sujeitos, que se baseiam em um poder institucional e hierarquia social.¹ O profissional não deve abandonar seus

Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica...

conhecimentos, mas precisa ouvir o outro, pois sem esse processo de escuta não há comunicação, fazendo com que o sujeito adote as práticas que achar mais corretas e adequadas, desconsiderando totalmente as orientações profissionais.¹

É partindo da compreensão da cultura e das necessidades apresentadas pelos sujeitos (identificadas a partir de uma escuta qualificada) que os profissionais devem propor intervenções congruentes com a realidade desses sujeitos. Segundo teóricos da enfermagem, a prática dos profissionais de enfermagem será “culturalmente congruente” e benéfica quando os sujeitos e seus padrões, expressões e valores forem conhecidos e utilizados de forma apropriada e significativa pelo enfermeiro.¹⁵ Como dito em momentos anteriores, essa congruência dos cuidados de enfermagem com a realidade sociocultural dos sujeitos diz respeito as práticas planejadas com vistas a se ajustar aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, objetivando um atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório, ou seja, o bem-estar.¹⁵

Além do crescente processo de apagamento social ao qual as práticas populares de saúde vem sendo submetidas, o desconhecimento e a desarticulação dos profissionais da área com os agentes populares de cura, incluindo as benzedeiras, tendem a contestar a eficácia de tais práticas, desvalorizá-las e até ignorar sua existência.

Essa desvalorização, que, de certa forma, baseia-se em um etnocentrismo científico dos profissionais, é adquirida desde seu processo de formação acadêmica e desenvolvimento científico. As ciências biomédicas, seguindo o método científico, trabalham com questões “universais” (generalizações), concebendo as doenças como unidades universais cujas manifestações são independentes do contexto onde acontecem.¹ As pesquisas nessa área, que se respaldam majoritariamente em métodos positivistas e limitantes, revelam a vida de forma objetiva e a aproxima ao que pode ser considerada “verdade”, livre de valores, subjetividades e especificidades culturais.¹

Traçando um diálogo entre a ciência biomédica e a antropológica, vemos que a visão biomédica acredita existir um conhecimento único sobre doença e saúde. Esse fato se apresenta como uma barreira para entender as contribuições e implicações que o relativismo antropológico traz sobre as questões de saúde.

Guiado pelo princípio de relativismo, a antropologia entende que os saberes e

Rocha LS, Rozendo CA.

práticas de qualquer sistema médico são construções socioculturais. Dessa forma, nossa própria ciência, como todos os sistemas de conhecimento, emergiu por meio de processos históricos e socioculturais, e não por meio da descoberta de leis únicas e universais que regem sobre o mundo real. Nesse sentido, a antropologia busca não invalidar outros conhecimentos, ela busca relativizá-los, reconhecendo que existem outras maneiras de produzir o conhecimento sobre saúde e doença, e não só a da biomedicina.²

Os diversos sistemas de saúde, sejam oficiais ou populares, são construções socioculturais, possuindo também limitações próprias para resolver os problemas de saúde. Assim, uma contribuição da antropologia para a ciência biomédica relativa a uma maior flexibilização das fronteiras desta com as demais formas de pensar e fazer saúde seria a compreensão de que a “medicina científica” também é um sistema cultural.¹ “O sistema de atenção à saúde biomédico deve ser considerado como um sistema cultural, tal qual qualquer outro sistema etnomédico”.^{2:180} Como sistema sociocultural, o sistema biomédico também emergiu de um contexto histórico e cultural, com métodos particulares, mas não os únicos para lidar com a doença, devendo, por isso, compreender que existem diversas maneiras de compreender e praticar a saúde.¹

Apesar de passíveis de contradições internas e, conseqüentemente, geradores de predicamentos, sustenta-se, aqui, a premissa de que os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências.²

Ao não aceitar essa visão da biomedicina como um sistema cultural, os profissionais desconsideram o fato de que em boa parte dos grupos sociais as pessoas que necessitam de cuidados tendem a procurar primeiro as pessoas mais próximas que cuidam delas (como membros da família ou amigos) ou outras alternativas possíveis (curadores da tradição popular - como as benzedeiras) e só procuram os prestadores de cuidados profissionais, posteriormente, caso os remédios populares não forem eficazes, o estado de saúde piorar ou se requear a morte.^{12,15}

Assim, emerge uma grande contradição entre o contexto sociocultural de produção de

Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica...

cuidados de saúde dos grupos populares - que se baseia nos saberes e práticas populares - e as intervenções e conhecimentos dos profissionais da saúde - fundamentadas quase exclusivamente em conhecimentos advindos do método científico. Poderíamos pensar, então, que existe certa incoerência na visão dos profissionais sobre as práticas populares de saúde, visto que se ignora a importância social dos agentes tradicionais de cuidado e cura - neste estudo representado pelas benzedeiras, como sujeitos ativos no cuidado/cura dos problemas e necessidades demandadas pela comunidade, incluindo-se os de saúde.

As benzedeiras, entretanto, costumam ter uma postura oposta a dos profissionais da saúde. O fato de essas mulheres compartilharem da realidade local e cultural dos sujeitos, da similaridade linguística, além de dispor de tempo e interesse em compreender a história dos sujeitos que a buscam, são fatores que colaboram para a construção de um processo comunicacional efetivo. Tal processo culmina no estabelecimento de vínculos fortes entre os sujeitos e as benzedeiras, que passam, muitas vezes, a acompanhar (pelo menos durante um período) a situação de vida dos sujeitos.

A aproximação entre profissionais da saúde e benzedeiras deveria, pois, ser promovida caso se objetive a ampliação do conhecimento dos profissionais, tanto no que diz respeito à realidade de vida e saúde da comunidade como à promoção da troca de experiências cuidativas e curativas entre os agentes de saúde oficiais e populares. Todas essas possibilidades de “cura” envolvendo agentes de saúde, líderes religiosos, segmentos comunitários, diversos especialistas da área de saúde e representantes das manifestações da cultura e da religiosidade popular carecem de reflexão, análise e um olhar atento por parte de toda a sociedade.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou compreender que as benzedeiras parecem entender a especificidade dos conhecimentos da área de saúde (que, por vezes, são assimilados e resignificados em suas práticas), apesar de não ser inseridas no sistema oficial de saúde. Ao admitir a existência de “doenças de médico”, orientam os sujeitos a buscar atendimento profissional nos casos que julgam necessário.

O movimento inverso (profissionais encaminhando sujeitos à benzedeira) não é o usual, fato que acaba por fortalecer o processo de invisibilização e falta de crédito

Rocha LS, Rozendo CA.

das práticas populares de saúde, partindo das visões etnocêntricas e excludentes que envolvem a formação e atuação dos profissionais da saúde.

Ao compreender que as práticas de cuidado de saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo, construídas a partir de seus saberes e práticas tradicionalmente passadas de geração em geração, acredita-se que a parceria entre benzedeiras e profissionais da saúde poderia contribuir de forma significativa para a promoção da saúde de indivíduos e coletividades. Isso porque, a partir do estabelecimento de vínculos entre esses atores, poderiam ser propostas ações ampliadas de saúde (principalmente as relativas à educação em saúde), cuja recepção pela comunidade se daria, provavelmente, de forma mais natural devido à facilidade de acesso e similaridade de linguagens e crenças que compartilham as benzedeiras e suas comunidades. Tais vínculos permitiriam a reinvenção de estratégias e possibilidades comunicacionais a serviço do bem-estar coletivo, considerando a dinâmica cultural de nossa sociedade e a valorização das identidades culturais.

A enfermagem, como uma das profissões mais articuladoras na equipe de saúde, ao compreender a especificidade e singularidade dos saberes e práticas das benzedeiras de uma comunidade, poderá ser uma das facilitadoras da mudança de diálogo e postura dos profissionais diante das práticas populares de cuidado/cura. Assim, o reconhecimento pela enfermagem do poder do trabalho das benzedeiras e a aproximação efetiva dos profissionais de enfermagem, em especial na atenção básica, pode ser uma estratégia bastante produtiva no cuidado integral à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Langdon EJ. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 8];62(2):323-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200025&script=sci_arttext.
2. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 8];18(3):459-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/23.pdf>.
3. Hoffmann-Horochovski MT. Velhas benzedeiras. Dossiê - O Final da Vida no Século XXI. 2012; 17(2):126-40.
4. Santos DL. Curandeiros/curandeiras e doentes nas encruzilhadas da Cura. Santo Antônio de Jesus. Recôncavo Sul - Bahia (1940-1980). Anais do III

Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica...

- Encontro Estadual de História: Poder, Cultura e Diversidade; 2007.
5. Facchinetti C. Psiquiatria e espiritismo: um caso brasileiro. III Encontro da Rede Iberoamericana em história da psiquiatria: livro de resumos. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2010.
 6. Santos MG, Dias AGP, Martins MM. Conhecimento e uso da medicina alternativa entre alunos e professores de primeiro grau. Rev Saúde Públ [Internet]. 1995 [cited 2013 Aug 8];29(3):221-227. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/24113/26078>.
 7. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.
 8. Minayo MCS, (organizador). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
 9. Jovchelovitch S, Bauer M. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
 10. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 12. Cavalcante SG. Entre a ciência e a reza: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde na Família no município de Maranguape-Ce [Dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2006.
 13. Silva LC. A participação das rezadeiras nos projetos de saúde comunitária do estado da Paraíba. Rev Intern Folkcomunicação [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 8];2(4):1-13. Available from: <http://www.revistas.uepg.br/index.php?journal=folkcom&page=article&top=view&path%5B%5D=463>.
 14. Barbosa MA, Siqueira KM, Brasil VV, Bezerra ALQ. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. Rev enferm UERJ [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 8];12:38-43. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a06.pdf>.
 15. Leininger M, McFarland MR. Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice. 3rd ed. New York: McGraw; 2002.

Submissão: 10/03/2014

Aceito: 14/12/2014

Publicado: 15/01/2014

Correspondência

Célia Alves Rozendo
Universidade Federal de Alagoas
Campus A.C. Simões
Escola de Enfermagem e Farmácia
Av. Lourival Melo Mota, s/n
Bairro Cidade Universitária
CEP 57072-900 – Maceió (AL), Brasil