

Análise antropológica da articulação entre o SUS e a diversidade de práticas de autoatenção

Apresentação na Mesa Redonda: Sistema Pública de Saúde e Pluralismo Terapêutico

Esther Jean Langdon
UFSC

Este trabalho explora o tema de pluralismo terapêutico no intuito de contribuir ao diálogo entre a antropologia e a saúde coletiva. A perspectiva antropológica faz uma contribuição particular para o desenvolvimento e execução dos serviços em saúde que visam contemplar e respeitar as práticas e saberes dos diversos grupos sociais e culturais neste país. Através de tais conceitos de humanização, atenção diferenciada (no caso de saúde indígena) e práticas alternativas e complementares, a política em saúde vem reconhecendo a necessidade de respeitar e articular com a diversidade de saberes e culturas.

A metodologia antropológica é ancorada na pesquisa qualitativa (Menéndez 2012) com enfoque na perspectiva dos atores nos contextos locais e procurando entender como as pessoas organizam para atender os problemas de saúde percebidos por eles, e não necessariamente as doenças definidos pela biomedicina. Também as pesquisas visam examinar a atenção a saúde em contextos de “intermedicalidade” nos quais a articulação e apropriação de saberes plurais são marcadas por negociações e relações de poder.

Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde/doença.

A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos relevante para pensar pluralismo terapêutico e o processo de saúde/doença: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre a atenção biomédica e as práticas locais. A identificação das formas de atenção à saúde de diferentes grupos indígenas e não-indígenas em distintos contextos etnográficos, contribui para a compreensão da saúde/doença como um processo amplo e contextual e fornece subsídios para a constituição de políticas públicas de saúde no Brasil.

Os processos de saúde e doença precisam ser entendidos através das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica.

Para referir ao pluralismo terapêutico, adotamos os conceitos de “modelos de atenção à saúde” e “práticas de autoatenção” (Menéndez 1992; 2003), para identificar não somente às atividades de tipo biomédico, mas a todos os

recursos terapêuticos empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e/ou cura de uma determinada enfermidade. O modelo médico hegemônico, identificada com a biomedicina oficial, caracteriza-se por uma série de pressupostos: biologicismo, a-historicidade, a-culturalidade, eficácia pragmática, orientação curativa e medicalização dos padeceres. Os outros modelos correspondem às práticas terapêuticas populares e “alternativas” que são altamente diversas e dinâmicas, incluindo etnomedicinas de grupos indígenas; práticas terapêuticas *new age*; grupos centrados na autoajuda; práticas oriundas de outras tradições médicas acadêmicas; e assim por diante.

As práticas de autoatenção são definidas como “as representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais” (Menéndez 2009: 48). Menéndez sublinha, portanto, o caráter autônomo dessas práticas. Segundo ele, existem dois níveis nos quais as práticas de autoatenção podem ser pensadas: o primeiro, mais amplo, está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico. Assim, a autoatenção neste nível inclui não somente o cuidado e a prevenção das enfermidades, mas também usos de recursos corporais e ambientais, dietética, normas de higiene pessoal e coletiva, organização social, rituais, e assim por diante. Este conceito remete à relação de saúde como parte da práxis e cosmologia. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados.

Menéndez (2012) defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através dos atores sociais, que se inserem em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde. Desta maneira, as práticas e concepções a respeito de saúde/doença são construídas e reconstruídas num processo contínuo, dando lugar à emergência de novos modelos de atenção.

Resumindo, a autoatenção aponta para o reconhecimento da autonomia e da criatividade da coletividade, principalmente da família, como o núcleo que articula os diferentes modelos de atenção ou cuidado da saúde. Diferente do conceito médico de “autocuidado”, o conceito de Menéndez desloca a ação do profissional de saúde para os atores como coletividade. Enquanto o primeiro trata da adequação do paciente para incorporar os valores e instruções da biomedicina, o segundo trata de sua autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independente de sua origem, e na criação de articulações novas.

Um outro conceito que procura ressaltar os aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas práticas e conhecimentos relacionados à saúde e à doença expressa-se no termo de intermedicalidade. Este procura dar conta de contextos caracterizados pela convivência de diversos sistemas médicos distintos e estratégias de poder, originando sistemas médicos “híbridos” (Greene 1998; Follér 2004). A noção de intermedicalidade analisa a realidade social como sendo constituída por negociações entre sujeitos politicamente ativos, destacando que nestas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social.

Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, mostram que, apesar da sua contínua expansão, a biomedicina não suplanta outras formas de práticas terapêuticas. Pelo contrário, ao mesmo tempo que a biomedicina se expande, as práticas de saúde populares e alternativas também florescem nos países da América

Latina, bem como em outras partes do mundo (Menéndez 2003). Desta maneira, as dinâmicas relacionadas à saúde/doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, sendo que, muitas vezes, neste processo formam-se novas sínteses e hibridações.

Com base nessas premissas, os paradigmas atuais na antropologia da saúde procuram dar conta das diversas formas através das quais os mais variados sistemas terapêuticos são acionados nos processos de saúde/doença. Procura-se ressaltar aspectos como a interação e a relacionalidade inerentes às práticas sociais. As práticas, conceitos e ações dos indivíduos que compõem os grupos sociais articulam-se na ordem sócio-cosmológica, mas também se encontram ligados à reelaboração de diferentes aspectos do social. O enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência (Ortner 2007) aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença, sendo que muitas vezes essas articulações se dão através de ações que recombina elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social. Estes paradigmas trazem para o campo da saúde coletiva e da construção e execução das políticas públicas uma visão da coletividade e, no social, o lugar da saúde, reconhecendo os saberes plurais, a autonomia dos atores, e fatores globais que estão presente nas situações locais.

Pode-se identificar dois eixos relacionados as pesquisas de ao pluralismo terapêutico que pretendem contribuir para um diálogo com saúde coletiva. O primeiro eixo compreende as dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção empreendidas pelos sujeitos em contextos etnográficos específicos, ressaltando as relações dessas práticas com processos sócio-cosmológicos e vivenciais. Este primeiro eixo de nossas pesquisas referencia a noção de práticas de autoatenção no “sentido lato” de Menéndez (2003), ou seja, as práticas que contribuirão para a reprodução *social* e biológica da coletividade. O segundo enfatiza as práticas terapêuticas e os especialistas, assim como a emergência de novas formas de atenção à saúde. Esta segundo eixo examina também a articulação entre a biomedicina e as práticas locais de saúde, especialmente entre as políticas de saúde e/ou inclusão empreendidas pelo Estado, e as formas através das quais populações específicas dão respostas a estas mesmas políticas. É importante lembrar que estes eixos *não são mutuamente exclusivos e que certas problemáticas como relações de poder, identidade e saúde e outras são características transversais da relação entre nossa perspectiva de saúde e as políticas públicas.*

Práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos

Este eixo parte dos paradigmas que analisam o processo de saúde/doença (Langdon 2014b) como socialmente construído, contextual e interacional (Menendez 2003), bem como a premissa de que os diferentes modelos médicos possuem especificidades e estão em constante reconfiguração e interlocução (Greene 1998; Follér 2004; Menéndez 1994). As pesquisas em “etnomedicina” ressaltam o caráter dinâmico e processual das práticas ligadas ao cuidado da saúde, bem como as ações de articulação entre diferentes conhecimentos e saberes, com o intuito de descrever e analisar as particularidades, interações, negociações e conflitos existentes nos processos sociais. Estas pesquisas se caracterizam por sua natureza clássica de etnografia, longas períodos de campo de convivência com o grupo para entender as preocupações e práticas de autoatenção no sentido lato que remete a perspectiva maior de processos corporais, sócio-cosmológicas e identidade.

Estas pesquisas exploram os saberes “outros” revelados pela pesquisa qualitativa e reconhecem a pluralidade de conhecimentos e os direitos a estes (Portela 2008).

Práticas terapêuticas e os especialistas, emergência de novas formas de atenção à saúde

Problematizando a dicotomia entre medicina tradicional/científica, várias pesquisas enfocam nas dinâmicas nos encontros de saberes resultando em novas configurações de práticas e redes sociais. Ressaltam a criatividade das formas consideradas tradicionais e a emergência de novos modelos de atenção à saúde. Ainda mais, estas pesquisas desafiam as caracterizações generalizantes dos serviços biomédicos, por examinar como a atenção primária articula e incorpora outros saberes (fitoterapia, naturologia, etc) com os saberes locais e também a apropriação dos membros das comunidades dos saberes médicos.

Estes estudos sobre novas práticas no sistema oficial de saúde, fazem uma contribuição importante para demonstrar como todas as práticas terapêuticas, inclusive as biomédicas, são situadas dentre histórias e locais específicos.

Considerações Finais

Através da pesquisa qualitativa e com enfoque nos atores e suas interações, as pesquisas em antropologia possibilitam uma contribuição para os princípios de SUS que visam respeitar e articular com a diversidade de saberes e práticas em saúde. Por seu enfoque na dinamicidade de práticas terapêuticas e a agência dos atores, seja estes profissionais em saúde ou usuários, as pesquisas demonstram que o pluralismo terapêutico não pode ser entendido através das dicotomias generalizantes que colocam em oposição os profissionais e os usuários ou as práticas de biomedicina e as práticas tradicionais ou indígenas. As interações e práticas locais refletem os contextos mais globais, revelando as relações de poder nas questões que dizem respeito à vida e à morte ou ameaçam o tecido social. As análises etnográficas ressaltam como as intersecções e articulações entre os fatores de ordem macroestrutural e as formas através das quais saúde/doença são pensadas localmente. Desta maneira, as análises produzidas pela abordagem antropológica exploram as especificidades dos sistemas médicos particulares como processos regionais, nacionais e globais que transcendem o caráter local. Estas façam uma contribuição para as políticas públicas e as coletividades que são alvo dos serviços em saúde.