



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Kreutz, Irene; Munhoz Gaiva, Maria Aparecida; Capriata de Souza Azevedo, Rosemeiry
Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de
um grupo cultural

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 1, janeiro-março, 2006, pp. 89-97

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415111>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

DETERMINANTES SÓCIO-CULTURAIS E HISTÓRICOS DAS PRÁTICAS POPULARES DE PREVENÇÃO E CURA DE DOENÇAS DE UM GRUPO CULTURAL

SOCIAL-CULTURAL AND HISTORICAL CAUSES OF POPULAR PREVENTION AND DISEASES CARE PRACTICE OF A CULTURAL GROUP

DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES E HISTÓRICOS DE LAS PRÁCTICAS POPULARES DE PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE UN GRUPO CULTURAL

Irene Kreutz¹, Maria Aparecida Munhoz Gaiva¹, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo¹

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Membro do Grupo de Pesquisa Argos.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura. Antropologia cultural. Medicina tradicional.

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo que adotou como referencial teórico-metodológico a antropologia e a etnografia. Apresenta as experiências vivenciadas por mulheres de uma comunidade no processo saúde-doença, com o objetivo de compreender os determinantes sócio-culturais e históricos das práticas de prevenção e cura adotadas pelo grupo cultural por meio de entrevista semi-estruturada. Os temas emergentes foram: a relação entre alimentação e o processo saúde-doença, as relações com o sistema de saúde oficial e o processo saúde-doença e o sobrenatural. Os dados revelaram que os moradores da comunidade pesquisada possuem um modo peculiar de explicar o processo saúde-doença, admitindo causas naturais, sociais e sobrenaturais que orientam seus procedimentos terapêuticos. Consideramos que é papel dos profissionais de saúde em suas práticas, a adoção de abordagens que considerem o indivíduo em sua dimensão sócio-cultural e histórica, tendo em vista, a enorme diversidade cultural em nosso país.

KEYWORDS: Culture. Cultural anthropology. Traditional medicine.

ABSTRACT: This is a qualitative study which adopted anthropology and ethnography as its theoretical-methodological reference. It presents of experiences lived by women from a community during the health-disease process. It aims to comprehend the social-cultural and historical causes of popular prevention and care practice adopted by a cultural group through semi-structured interviews. The emerging themes were: the relation between feeding and the health-care process, the relations with the official health care and the health-sickness process, and the supernatural. The data showed that the researched community residents have a peculiar way of explaining the health-sickness process, admitting natural, social and supernatural causes that orientate their therapeutic procedures. We consider that it is the health professionals' rule in their practices, to adopt approaches that consider the individual in its social-cultural and historical dimension, keeping in mind the enormous cultural diversity of our country.

PALABRAS CLAVE Cultura. Antropología cultural. Medicina tradicional.

RESUMEN: Es un estudio cualitativo que adoptó como referencial teórico-metodológico la antropología y la etnografía. Presenta las experiencias vivenciadas por mujeres de una comunidad en el proceso salud-enfermedad, con el objetivo de comprender los determinantes sócio-culturales e históricos de las prácticas de prevención y tratamiento adoptados por el grupo cultural por medio de la entrevista semi-estructurada. Los temas que emergieron fueron: la relación entre la alimentación y lo proceso salud-enfermedad, las relaciones con el sistema de salud oficial y el proceso salud-enfermedad y lo sobrenatural. Los datos revelaron que los moradores de la comunidad investigada tienen un modo particular de explicar sus procedimientos terapéuticos. Consideramos que es papel de los profesionales de la salud en sus prácticas, la adopción de abordajes o enfoques que consideren al individuo en su dimensión sócio-cultural e histórica, considerando la enorme diversidad cultural en nuestro país.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, inúmeros estudos têm apontado os fatores culturais como altamente influenciadores no sucesso ou insucesso das intervenções profiláticas e terapêuticas na área de saúde, visto que “a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico”.^{1:501}

No entanto, o enfermeiro, no desenvolvimento de sua prática profissional, muitas vezes tem se utilizado unicamente de concepções legitimadas pela ciência, estabelecendo uma relação de superioridade com o cliente, promovendo um distanciamento entre ambos, inviabilizando o diálogo inter-cultural e correndo o risco de a satisfação em relação à assistência prestada ser apenas do profissional, mesmo que este tenha se esforçado em prestar um ótimo cuidado aos seus clientes.²

Por isso é importante que cada profissional reconheça e identifique as implicações dos fatores sócio-culturais no processo saúde-doença, procurando ampliar o foco do cuidado para além da dimensão biológica do indivíduo, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade no cuidado ao outro, levando em conta as suas singularidades e particularidades.

Este texto apresenta as experiências vivenciadas por mulheres de uma comunidade no processo saúde-doença, e tem como objetivo compreender os determinantes sócio-culturais e históricos das práticas de prevenção e cura adotadas pelo grupo cultural. Essas vivências foram compartilhadas durante a pesquisa etnográfica realizada no ano de 1998 e que resultou na tese de doutorado de uma das autoras.³

O CONTEXTO DA PESQUISA

O contexto desta pesquisa envolveu os moradores de uma comunidade ribeirinha antiga e tradicional do município de Cuiabá - MT, distante cerca de dez quilômetros do centro da cidade, separada do aglomerado urbano por chácaras de lazer. A comunidade conta com aproximadamente 240 pessoas distribuídas em cerca de sessenta famílias, estando a maioria na faixa etária adulta. As atuais propriedades são decorrentes de antigas sesmarias que, posteriormente, foram desmembradas em áreas menores, para divisão entre os herdeiros. A

maioria das casas é de alvenaria, cobertas com telhas, sem forro no teto e de aparência modesta.

O índice de parentesco entre os moradores é grande, bem como a semelhança nas trajetórias de vida dos mais antigos, ou seja, nasceram, viveram, casaram e criaram seus filhos na comunidade, exercendo ali atividades profissionais como ceramistas, pescadores ou pequenos agricultores. Essas condições, que historicamente compartilham, aliadas à própria localização geográfica da comunidade, possivelmente influenciam ou determinam suas relações sociais e o modo como percebem a saúde, a doença, a morte, as práticas de cura, e outros aspectos do cotidiano, o que nos permite considerá-los, neste trabalho, como formando uma unidade sócio-cultural.

Os moradores, na sua grande maioria, professam a religião católica. O sincretismo religioso se faz presente entre os moradores, sendo possível identificar a crença em diversos rituais populares, que são transmitidos de geração a geração. A “benção” é uma das práticas mais difundidas, sendo realizada principalmente pelas pessoas idosas que utilizam ramos de plantas específicas para essa finalidade, como a arruda, o fedegoso, o pinhão-roxo e a guiné, dentre outras. Realizam ainda, rituais para a proteção das casas por meio de rezas em grupos nas residências e para abençoá-las coloca na frente da casa chifre de boi afixado na ponta de uma vara, palha de coqueiro benta disposta em forma de cruz atrás da porta de entrada da casa; casca de ovo em ponta de vara no meio da horta, em arbustos e cercas; cultivam vasos ou canteiros com “plantas defensivas”, como por exemplo, comigo ninguém pode, dentre outros. São comuns as promessas feitas para os “santos”, com o objetivo de manter ou recuperar a saúde, conseguir dinheiro e alimentos para o sustento familiar e encontrar objetos perdidos.

É nesse cenário que se formam as representações e são desenvolvidas as práticas relacionadas ao processo saúde-doença na comunidade.

PONTOS DE REFERÊNCIA E PASSOS DA PESQUISA

Na busca de dados que revelem a lógica conceitual que permeia e orienta as práticas relacionadas ao processo saúde-doença fora do sistema de saúde oficial, nos apoiamos em conceitos e pressupostos da antropologia, optando por realizar uma pesquisa do tipo qualitativa, adotando o método etnográfico.

É comum associarmos a pesquisa etnográfica com a antropologia, onde ela tem sido tradicionalmente

empregada em estudos com populações primitivas e minorias culturais. A etnografia, na sua acepção mais ampla, pode ser entendida como a arte e a ciência de descrever uma cultura ou grupo.⁴

A etnografia, como abordagem de investigação científica, traz algumas contribuições para o campo das pesquisas qualitativas, que se interessam pelo estudo das desigualdades e exclusões sociais. Primeiro por preocupar-se com uma análise holística ou dialética da cultura, isto é, a cultura não é vista como um mero reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana; segundo, por introduzir os atores sociais com uma participação ativa e dinâmica no processo modificador das estruturas sociais. O sujeito enquanto objeto de pesquisa é considerado como “agência humana” imprescindível no ato de “fazer sentido” das contradições sociais; e terceiro, por revelar as relações e interações ocorridas na comunidade. Assim, o “sujeito”, historicamente fazedor da ação social, contribui para significar o universo pesquisado exigindo uma constante reflexão e reestruturação do processo de questionamento do pesquisador.⁵

A pesquisa etnográfica abrange a descrição dos eventos que ocorrem na vida de um grupo e a interpretação do significado desses eventos para a cultura do grupo. Ao assumir uma perspectiva holística o etnógrafo procura descrever o grupo social de forma mais ampla possível – sua história, religião, política, economia e ambiente – pois parte do princípio de que descrição e compreensão do significado de um evento social só são possíveis em função das inter-relações que emergem de um dado contexto.

Alguns conceitos fundamentais guiam o trabalho etnográfico. O mais amplo é o conceito de cultura, daí o rótulo da etnografia como ciência da descrição cultural. Desde a antiguidade, os homens se preocupavam com a diversidade de modos e comportamentos existentes entre os diferentes povos, sendo comuns as tentativas de explicar tais diferenças a partir das variações dos ambientes físicos.

Entretanto, tanto as diferenças geográficas como as biológicas são incapazes de explicar a diversidade de agir e pensar existente na sociedade, visto que o comportamento dos indivíduos depende de um aprendizado, um processo de endoculturação.

Neste trabalho adotamos o conceito de cultura como sendo um conjunto de comportamentos, saber e fazer característico de um grupo humano, características essas, adquiridas através de um processo de

aprendizado e transmitidas aos demais membros do grupo.⁶ Ou seja, comportamentos que independe da transmissão genética, mas da dinâmica como os ensinamentos são repassados de geração a geração.

Participaram como colaboradoras da pesquisa oito mulheres que possuem presenças marcantes na comunidade nas questões de saúde-doença as quais são consultadas pelos moradores nessas ocasiões e apontadas como “entendidas” nesse assunto. Após obtenção do consentimento livre e esclarecido e respeitando-se os demais aspectos éticos pertinentes ao estudo, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde procedeu-se à coleta dos dados por meio de entrevista semi-estruturada com cada colaboradora mediante encontros formais, respeitando-se a sua preferência por data, horário e local.⁷

Embora as colaboradoras já tivessem conhecimento dos objetivos da pesquisa em encontros anteriores, esses eram novamente explicados esclarecendo-lhes também outras dúvidas a respeito do estudo, assegurando-lhes o direito de desistir de sua participação a qualquer momento. Foi solicitada autorização para a gravação da entrevista com o compromisso de devolver-lhes o material transcrito para a sua validação, antes da divulgação do mesmo, garantindo-lhes sigilo sobre os aspectos que não desejassem tornar públicos.

Procurando despojar-nos das nossas próprias concepções e conceitos sobre os cuidados relativos ao processo saúde-doença, adotamos, durante as entrevistas, uma postura de relativização e abandono de juízo de valor, buscando junto aos sujeitos, sua visão de mundo, seus conceitos, afirmações e explicações de suas práticas.

Após transcrição, passamos à fase de “edição da entrevista”.^{5:58} Momento em que partes isentas de sentido, as repetições e os vícios de linguagem foram suprimidos, a fim de tornar o texto menos cansativo tendo-se o cuidado de manter o sentido intencional dado pelo narrador. O conteúdo foi validado com as colaboradoras, como uma das formas de atender às questões éticas de pesquisa e o rigor do estudo.

Dessa forma, foi possível identificar os temas centrais abordados pelas entrevistadas, ou seja, suas categorias conceituais em relação às práticas referentes ao processo saúde-doença, buscando a lógica que as orienta, procurando compreender como se deu esse conhecimento e, assim, fazer a inter-relação com o contexto cultural e histórico-social.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conhecer as experiências de mulheres de uma comunidade antiga e tradicional no tocante ao cuidado com a saúde em seu contexto sócio-cultural e histórico foi importante para compreender o sentido das suas ações no cotidiano, obtendo elementos para a compreensão dos hábitos alimentares, religião, crenças populares e a sua influência nas práticas relacionadas ao processo saúde-doença na comunidade.

Inicialmente, apresentamos as colaboradoras do estudo. Essas mulheres fazem da história da comunidade pesquisada, depositárias de um saber que é repassado de geração a geração: a) ALP, 93 anos, viúva, católica, aposentada, dez filhos, é a moradora mais idosa da comunidade. Desenvolvia atividades domésticas e na lavoura, juntamente com o marido que, além de lavrador, era pescador; b) MJS, 77 anos, casada, católica, aposentada, dez filhos. Era ceramista e exerce o ofício de benzedeira; c) ARCA, 75 anos, viúva, evangélica há cerca de trinta anos, aposentada. Desenvolvia atividades de ceramista; d) TLM, 67 anos, casada, oito filhos, católica, aposentada. Foi professora e ceramista. Exerce o ofício de benzedeira; e) MCP, 79 anos, casada, evangélica há cerca de trinta anos sendo que seu marido é católico. É aposentada e ex-ceramista; f) ACS, 62 anos, solteira, quatro filhos, católica. Ex-ceramista, mas ainda não é aposentada; g) AS, 55 anos, casada, oito filhos, católica. É ceramista, assim como seu marido que, além de ceramista, é pescador profissional; h) MLA, 67 anos, católica, solteira e tem um filho adotivo. É aposentada, ex-ceramista.

As categorias culturais extraídas das narrativas das colaboradoras foram: a relação entre alimentação e o processo saúde-doença; as relações com o sistema de saúde oficial e o processo saúde-doença e o sobrenatural.

As relações entre alimentação e o processo saúde-doença

Os depoimentos a seguir referem-se à relação, estabelecida pelos moradores, entre dieta alimentar e a condição de saúde-doença. Observa-se que a tônica dos relatos se volta ao passado sendo este classificado como um período em que as pessoas tinham mais saúde, como conta a colaboradora ALP: *as pessoa de hoje são mais fraco. Come comida sem sustância e faz muita extravagância, bebida alcoólica, perde muita noite. Antigamente tinha o quebra-torto [...]. As pessoa da minha época comiam comida mais forte e tinham saúde. Eu fui criada com feijoadas [...]* hoje

tudo faz mal, não pode comê nada, não pode comê gordura porque faz mal para o colesterol [...]. No meu tempo você plantava tudo natural, aquela verdura era sadia, não precisava remédio, não colocava veneno, era criado só na terra, feijão forte. O gado era criado com capim comum e não dava remédio pra crescer e engordar.

Dentre os agentes externos apontados pelos entrevistados como causadores de doenças, está a nocividade e inadequação da alimentação, que pode ser incluída na categoria “modo de vida”, representando uma imputação etiológica a partir da cultura do grupo.⁶

Outra colaboradora também fala da alimentação no passado e considera que *antigamente a alimentação era mais saudável, não era misturada com tanto trem que põe remédio, não sei se é remédio, se é veneno que põe no alimento (colaboradora MJS)*. Por sua vez, ARC faz o seguinte relato acerca da alimentação atual: *a alimentação também já é um alimento fraco, a pessoa pode comê bem como for, mas o alimento já é fraco. Principalmente naquele tempo era aquele tomate sadio, plantava e era aquelas fruta sem precisá veneno nem nada, era aquela fruta sadia, sentia o sabor da fruta. E hoje não, é tudo à base de veneno. Os antigo faz o quebra torto! Os mais novo gosta de comê pão. No tempo de meu avô, ele pegava peixe bem cedo e fazia quebra-torto de peixe fresco [...]. Ele morreu com cento e doze anos. Pai de papai. Fazia chá de capim cidreira, misturava garapa para adoçar, não tinha açúcar. Era garapa, melado [...]*. Reforçando esse aspecto, outra colaboradora afirma: *naquela época a gente não ouvia falá de tanta doença que tem hoje em dia (colaboradora, TLM)*.

Fica evidente, pois que, na comunidade pesquisada, quando os moradores referem-se aos antigos como tendo mais saúde, remetem esse fato impreterivelmente ao tipo de alimentação e ao respeito a tabus estabelecidos socialmente. Reforçam a oposição de práticas antigas e atuais, considerando o “modo de vida” no passado mais favorável à preservação da saúde. Na relação da dieta alimentar com a condição de saúde-doença consideram que os alimentos consumidos antigamente eram mais adequados para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, ressaltando duas características principais: eram mais fortes e mais naturais.

A “dieta de parto” aparece com muita evidência nos depoimentos das colaboradoras, ao relatarem suas experiências no processo saúde-doença. Isto mostra a importância atribuída ao parto, no conjunto de cuidados com a saúde e a doença adotados cotidianamente na comunidade. As mulheres enfatizam principalmente a importância de uma dieta alimentar adequada no pós parto, referindo-se basicamente à proibição de al-

guns alimentos, além de cuidados com o corpo, atribuindo sua própria saúde e longevidade à fidelidade a essas regras quando encontravam-se no puerpério, como evidenciam os relatos a seguir: *quando tava pra ter criança, só comia farinha de milho. Já com oito, dez dia podia comê feijão. Criava a galinha certo pra aquela época que quando tinha que ter a criança, já tava pronto pra comê. O que cantava não podia comê, só frango ou franga (colaboradora ALP). Dieta de parto tem muitos cuidados. Quem não gosta de galinha toma sopa, só sopa, não pode comê nada quente. Mulher que tá de dieta não pode tomar refresco de tamarino, nem de limão, nem de laranja não pode (colaboradora MJC). O quiabo não pode. O quiabo é bom pra dar aquele corrimento, corrimento, coceira na vagina, e muitos come [...]. Chupar laranja não é bom. As coisas azeda, tudo não é bom. Hoje em dia as pessoas não segue muito a dieta, acho que por isso que muitas vezes a pessoa fica com tanto problema no corpo, porque diz que dieta de parto não é nada, mas a pessoa precisa ter um pouco de resguardo na boca, no corpo, esse negócio de carregar peso, sobe desse degraus (colaboradora MJS).*

Os relatos das colaboradoras sobre suas experiências no processo saúde-doença, revelam que alguns dos alimentos considerados essenciais para a manutenção da saúde e prevenção de doenças pelos moradores da comunidade, não são recomendados por eles para consumo em situações de fragilidade do organismo, como em caso de doença ou puerpério, respeitando-se, de uma forma geral, a classificação “quente” e “fresco” em relação às doenças também classificadas nessas categorias. Assim, alimentos “quentes”, como por exemplo a carne de porco, não são recomendados para mulheres no puerpério. Por outro lado, são citados como tendo mais “sustância”, mais “força” deixando a pessoa “forte” e, portanto, mais resistente a doenças.

Em função dessa concepção, fazem referência a um tempo passado como um período em que as pessoas tinham mais saúde, considerando que antigamente as pessoas eram mais fortes e mais saudáveis pois, dentre outras coisas, *comia carne de porco gorda e a carne de gado seboza mesmo (colaboradora ALP).*

Essa concepção considera que “é a percepção de um outro tempo social que, em geral, se opõe ao tempo atual. É o tempo das pessoas antigas, mais fortes e mais resistentes que as pessoas de hoje.”^{98:67} Segundo a mesma autora, a representação de um tempo passado relacionado com a saúde, faz parte de uma concepção mais ampla do enfraquecimento da natureza humana.

Assim, o “modo de vida” atual representado pelos hábitos alimentares ou pelo descumprimento de regras alimentares é apontado como causa de doenças, pois, além de a alimentação atualmente ser “fraca”,

muitas vezes não há respeito pelas dietas alimentares tidas como fundamentais nas situações de fragilidade do organismo.

Relações com o sistema de saúde oficial

As colaboradoras revelam as suas concepções em relação à importância e necessidade da biomedicina e os elementos que fundamentam o estabelecimento de diagnósticos e suas opções terapêuticas. Indicam também como validam as suas práticas e como se dá a avaliação da eficiência dos profissionais pertencentes ao sistema oficial de saúde. Em suas falas relembram os cuidados com a saúde-doença de outrora, ressaltando a dificuldade de acesso e, ao mesmo tempo, a sua independência em relação à medicina oficial, quando resolviam a maioria dos problemas por meio de práticas populares: *nossa família era difícil. Não tinha médico, era só raiz de mato, só isso. Eu tive dez filhos, nunca precisei de médico e nem hospital, só remédio de mato [...] (colaboradora ALP). Antigamente maior parte curava por remédio do mato, agora que é só farmácia, farmácia, farmácia. Gente que ficou descrente que não cura mais remédio do mato. Tem gente que mora longe que não pode caçar médico, caçar farmácia, então esses remédio do mato é bom demais (colaboradora MJS).* Da mesma forma, a colaboradora MCP lembra: *naquele tempo ninguém ia no médico. Era curado assim em farmacêutico, remédio do mato [...] mas médico não. Eu fui no médico depois de grande, depois de moça. Também ninguém não tinha dinheiro pra ir no médico. Não era tão caro como é agora mas o dinheiro era muito difícil. Antigamente não tinha tanto remédio. Minha mãe morreu com oitenta e oito anos sem nunca ter tomado remédio de médico. Só remédio caseiro.*

Ao falar de suas experiências no processo saúde-doença TLM conta: *tive oito filhos, tudo um atrás do outro. Tudo foi parto normal, só a última que foi cesárea, não tinha condição de ter, era muito grande. Os outros tudo nasceram aqui. E graças a Deus tão tudo criado, com saúde. Não tinha vacina, não tinha nada. Foi vacinada quando entraram pro colégio, porque tinha que ter atestado de vacina. Mas não tinha nada. Hoje a criança faz um mês já tá vacinando e assim mesmo ainda tão doente. Minhas crianças nunca foram ao médico. Único lugar que eu levava eles era no farmacêutico J.M, mas não era assim seguido, algumas vezes. Minhas crianças até hoje são sadio, é difícil essas criança pegá gripe. O chá que fazia antigamente, hoje ninguém quer mais fazer isso.*

Para os moradores da comunidade, a medicina oficial representa uma fonte de recursos que não são, entretanto, acionados de forma incondicional, representando uma dentre as alternativas a serem usadas. Muitas vezes, o tratamento médico é realizado apenas de forma parcial; outras vezes é realizado integralmente,

mas é sempre complementado com recursos da medicina popular, principalmente os chás. A utilização dos recursos da medicina oficial inclui o uso de medicamentos adquiridos em farmácias, seguindo prescrição médica anterior, indicações de pessoa conhecida que já tem “experiência” com o medicamento, indicação do prático de farmácia ou mediante prescrição médica após consulta atual.

Nesse processo, avaliam os efeitos benéficos numa primeira indicação médica e adotam em presença de situações que consideram semelhantes pela manifestação dos sinais e sintomas. Utilizar medicamentos prescritos anteriormente em situações semelhantes àquela que gerou a primeira indicação, torna-se mais econômico. É também uma medida gerada, em parte, pela dificuldade de acesso à medicina oficial.

As falas a seguir mostram o papel de outros elementos de cura que não o médico. *A criança foi crescendo, mas médico mesmo não tinha. A gente usava muito assim esses remédio de mato. Naquele tempo tinha o JM que era farmacêutico. Enquanto o seu JM morava aqui, tudo que adoecia, já corria, porque era aí mesmo pertinho e ele era daquele que a pessoa caía doente aqui, era só avisar que não pode vim, ele vinha nas casa. [...] Aí eu fui na farmácia, cheguei, aí o farmacêutico que tava lá falou: ‘é da mesma ferida. A senhora pode comprar a injeção e tomar’. Aí eu comprei, tomei e parou (colaboradora ACS). Tinha um farmacêutico aqui, chamava JM. Esse era bom! Ninguém procurava médico, era só nele, porque ele dava o remédio certo. O que ele falava a doença era certo. Hoje faz exame, esse pré-natal. Antigamente não tinha nada disso. Minha avó era parteira, a vizinha era parteira, tinha uma do outro lado que também era parteira (colaboradora MCP).*

Critica-se a facilidade que tem a população de adquirir medicamentos variados sem nenhuma restrição em farmácias e chama a atenção para a importância do prático de farmácia como estímulo fundamental à auto-medicação descontrolada, reconhecendo que este quadro pode ser gerado por problemas na comunicação, tendo em vista que o médico, muitas vezes, trata o paciente como passivo receptor de ordens.¹⁰

Em algumas situações, quando a etiologia do agravo inclui causas que superam a ordem do puramente fisiológico indicando a presença de forças sobrenaturais, a medicina científica é considerada incapaz de curar a doença, embora seus recursos sejam importantes no tratamento das alterações anatomofisiológicas como pode se identificar nas falas das colaboradoras: *médico não adianta, médico não cura ferida. Eles não entendem nada de risipela, não entendem nada de cobreiro, não entende nada de benzê. Tudo essas coisa, eles*

não entende, então não adianta (ALP). Risipela por exemplo, tem de benzê. Remédio de farmácia alivia a quentura, mas não cura. Emplastro de mandioca é bom só prá tirá a quentura mesmo, mas prá sará, só benzê (ACS).

Desta forma, os “remédios do mato”, termo genérico que compreende várias espécies de plantas ou partes das mesmas, como folhas, raízes, cascas e sementes, são utilizados em todas as situações de agravos. Algumas plantas são utilizadas também nos rituais de benzeção como a arruda e o fedegoso.

Existe uma idéia entre os moradores da comunidade de que todo remédio que vem da natureza é benéfico. Por isso, os “remédios do mato” não são questionados quanto à sua contribuição para a cura. Se não fazem bem, certamente não farão nenhum mal, ao contrário, historicamente, sempre foram os maiores aliados dos moradores da comunidade.

As plantas utilizadas no cuidado com as doenças são sempre aquelas encontradas nas proximidades, como plantas do cerrado e pantanal dando indícios de que a comunidade juntamente com outros povoados de Mato Grosso, núcleos isolados de outras regiões, sempre foi buscar na natureza próxima, grande parte dos recursos para a cura de seus males.

Quanto ao itinerário terapêutico, na maioria dos casos de doença, o tratamento é iniciado em casa. Uma vez estabelecido o diagnóstico, avaliam a pertinência ou necessidade da intervenção de um benzedor ou curador ou a necessidade de assistência médica.

Por outro lado, reconhecem que as dificuldades de acesso e a falta do profissional médico contribuem para a baixa procura de atendimento nos serviços oficiais: *naquele tempo as coisa era mais difícil. Quando ficava doente, aí tinha no Porto prá ir. E era mais difícil. Muita gente morreu porque esse médico, nesse tempo não tinha como agora, esse médico que cura (colaboradora MLA).*

Mesmo assim, fica evidente nos depoimentos dos entrevistados que a frequência na procura dos recursos da medicina oficial tem como um dos fatores limitadores a dificuldade financeira dos moradores. Isto não significa dizer que, em situação inversa, adotariam a terapêutica recomendada sem questionar. Ao contrário, vêem esta, como mais uma alternativa de cura a ser adotada e, se preciso, reformulada ou readaptada, tornando-a mais congruente com as suas concepções, adquirindo então, sentido para eles. Percebe-se que freqüentemente depositam confiança no que foi prescrito pelo médico, o medicamento, mas muitas vezes não aprovam totalmente as condutas orientadas, refazendo-as conforme suas crenças.

Além disso, a condição histórica de “isolamento” da comunidade, muito ressaltado pelos moradores, parece ter influenciado decisivamente para o desenvolvimento e manutenção de uma medicina popular que lhes permitisse uma relativa “autonomia” nas questões de saúde-doença. Historicamente tiveram o ecossistema como a fonte de cura próxima e acessível, sempre puderam contar com ele, diferentemente dos recursos oferecidos pela medicina oficial. Assim, aprenderam a extrair da natureza muitos produtos para a cura.

Os depoimentos revelam que os moradores reconhecem na medicina popular, um poder limitado de resolução e, embora não depositem total confiança na medicina oficial, esta aparece como tendo a obrigação de solucionar todos os seus problemas de saúde que as práticas populares não conseguem.

Um estudo realizado em Paulínea detectou que, muitas vezes, a insatisfação da clientela quanto aos serviços prestados pela rede pública de saúde tem a ver com o fato de ela sentir-se frustrada em sua expectativa de uma intervenção ativa do médico no sentido de restabelecer a sua saúde como num passe de mágica.¹⁰ O mecanismo nesse caso não difere de qualquer ritual de cura. Para ser eficaz, o rito deve ser executado em consonância com certos símbolos que garantam competência e poderes sobrenaturais daquele que o executa.

Na comunidade pesquisada, mesmo nos casos em que existem condições de consumir os serviços da medicina oficial, ocorre sempre o uso concomitante de práticas pertencentes à medicina popular. Assim, a terapêutica médica oficial e a popular não se excluem mas se complementam.

Os depoimentos reforçam que os grupos populares não mantêm, diante do discurso médico, uma posição de pura passividade e aceitação. Na verdade, paralelamente ao diagnóstico médico, esses grupos produzem sua própria interpretação do fenômeno mórbido e das medidas curativas que ele exige. A compreensão popular da doença, que alia concepções tradicionais sobre as disfunções orgânicas e seus remédios às reinterpretações simplificadas da linguagem e recursos da medicina oficial, se constitui num universo particular de saberes que muitas vezes escapa e se contrapõe às regras que determinam a interpretação médico-científica.¹¹

O processo saúde-doença e o sobrenatural

Os depoimentos a seguir revelam as concepções sobre a relação saúde-doença e o sobrenatural que vigoram na comunidade, mostrando que, independente-

mente da crença religiosa do entrevistado, existe uma grande religiosidade que leva a atribuição da cura de doenças, da morte e de outros eventos da vida cotidiana, à vontade de Deus. Segundo essa concepção, pode-se buscar melhoras através de recursos encontrados na natureza ou da medicina oficial, aos quais é atribuída uma atuação na dimensão física, mas a cura será sempre atribuída ao sobrenatural, pois atuará na verdadeira causa que extrapola aquela dimensão, como mostram as falas a seguir: *tem uma irmã de minha mãe só viva. Um dia ela me falou: ‘não sei o que Deus quer comigo, me conservando viva’. Eu disse: a senhora não sabe, eu sei. Deus não tira a senhora, porque se ele tira a senhora, as criança [os netos] deixam de receber esse dinheiro das aposentadoria. A senhora tá dando vida prá criança, não é prá gente grande (colaboradora ACS). Ele [marido] não tem saúde, é doente. Ele teve, como chama essa doença... derrame. Ele quase morreu, ficou sem conhecê ninguém. Mas acho que Deus não quis, não morreu (colaboradora MJS).*

Frente à constatação de que atualmente existem mais “tipos” de doenças que outrora, as colaboradoras afirmam: *é fim de século! Estas doenças estranhas que tão acontecendo hoje não tinha antes. Isto é castigo divino, de tanta coisa errado que as pessoas fazem hoje em dia. (colaboradora ALP).*

Estudos sobre as percepções e representações de saúde-doença, abordam a doença como fenômeno social, uma vez que ela estabelece uma relação entre a ordem biológica e a ordem social. Desta forma, “mesmo na nossa sociedade ocidental moderna em que a explicação da doença remete a causas anatomofisiológicas, devido à difusão do discurso médico, há também uma explicação de ordem social que remete às causas, mais especificamente o sentido da doença à sociedade”.^{8:48}

No depoimento seguinte, a colaboradora revela o estabelecimento de uma relação direta entre a concepção etiológica e a cura, revelando a supremacia do sobrenatural: *remédio não é que tá faltando, pomada tudo que ensina, vai na farmácia, compra e vai passando. Acaba o tubo, parece que não tá passando nada. Na hora que Deus quiser que ele feche ele vai fechar, se não quiser, o que dá prá fazer? (colaboradora ALP). Eu sofro do estômago. O que mais me prejudica é isso, porque não pode comê nada. Acho que Deus é que me conserva assim, porque eu como alguma coisinha e pouco, pouquinho mesmo, mas graças a Deus, tem até muitos serviços que eu faço (colaboradora ARCA).*

Ao atribuir a origem de doenças a causas sobrenaturais, a colaboradora AS esclarece: *quebrante é perigoso. Pessoal fala que é a pessoa que tem o sangue forte. Tem vez*

a gente nem não sabe que tem sangue forte, não sabe do sangue. Tem gente que tem criança pequena e a pessoa de sangue forte só de dar bom dia, só de escutar a conversa, quando ele sai a criança começa a chorar. E não tem como, enquanto não benze, não tem como. A pior coisa do mundo é esse tal de quebrante.

Os relatos revelam sua crença no sobrenatural ao falar da prática da benzeção na cura de doenças: *eu sei que benze de arca caída, mordida de cobra, quando a gente engasga. Papai benzia de cobra e quando a gente engasgava. Tem que benze três vez. Toda benzeção é três vez. Até bicheira a gente benze três vez. Se benze uma vez não adianta, porque diz que fica aberto a benzeção [...] (colaboradora MLA). Eu lembro quando S. tava com varicela, aí tinha um posto aí no Coxipó tinha um médico, falava essa doença é incurável. Aí ele deu remédio prá tomá e prá passá. Mas eu fiquei nervosa de vê ele falá que era uma doença incurável. Falei: meu Deus, será que sempre vai sair outra vez? Aí passei no seu G., que era um curador que tinha aí, esse daí era bom prá dar remédio de garrafa, era bom prá benze, aí eu levei ela [...]. Ele falou: minha filha, a natureza desta menina é muito forte, esse daqui é bixiguinha, mas hoje ela já vai dormir bem. Pegou uma folha de fedegoso e benzeu ela. Quando parou, falou olha aí: tava tão forte que virou pó na mão dele, sequei tudo a folha. Aí eu sei que quando viemo de lá, a menina já chegou aqui em casa dormindo, aí num instante sequei (colaboradora ACS).*

A adoção do ritual de benzeção como parte das práticas terapêuticas é um aspecto revelador de uma concepção etiológica que extrapola a dimensão física e da relação que é estabelecida entre a religião e a medicina popular. Embora seja uma prática pertencente ao que denominamos neste trabalho, de medicina popular, a decisão pela sua adoção na comunidade não segue a lógica da classificação das doenças ou suas manifestações em função da gravidade, numa relação oposta ao apresentado na literatura, onde o grupo pesquisado adota recursos da medicina caseira para o tratamento das doenças menos graves, atribuindo a competência para a cura de doenças mais graves à medicina oficial.¹¹

Estudo realizado com trabalhadores residentes em uma favela do Rio de Janeiro aponta a relação intrínseca entre a fé e a graça como característica fundamental da visão religiosa da saúde-doença.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidenciou a necessidade de mudanças na postura dos profissionais de saúde e, como forma de se estabelecer maior aproximação com o cliente o profissional deve primar para que as crenças e valores da população sejam respeitados e considerados como fonte de aprendizado mútuo na vivência

e integração do conhecimento técnico/profissional com o popular, rompendo o modelo tradicional de repasse do saber de forma vertical.¹²

A pesquisa mostrou que, no cuidado com a saúde-doença, os moradores da comunidade pesquisada obedecem a uma “hierarquia de recursos” sancionados pelo grupo, adotando quase sempre, num primeiro momento, recursos que lhes são mais próximos e mais congruentes com suas representações de saúde-doença, os produtos que encontram na natureza. A essas práticas podem ou não associar recursos da medicina oficial, geralmente por meio da auto-medicação.

A procura por profissionais da saúde ou serviços da medicina oficial ocorre, em geral, em última instância e não representa o abandono da terapêutica adotada até então, ou seja, o uso de plantas e/ou rituais, não contradizem nem se conflituam com as práticas da medicina oficial, sendo que, na maioria dos casos, todas as práticas são encaradas como complementares. Reconhece na medicina popular um poder limitado de resolução e, embora não depositem total confiança na medicina oficial, esta aparece como tendo a obrigação de resolver todos os seus problemas de saúde e doença que as práticas populares não conseguem solucionar.

Propomos assim, que questionemos as “verdades” instituídas na nossa prática profissional, adotando uma postura que permita uma abordagem do indivíduo em todas as suas dimensões, ou seja, sócio-cultural e histórica, tendo em vista, especialmente, a enorme diversidade cultural em nosso país.

REFERÊNCIAS

- 1 Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad. Saúde Públ. 1994 Out-Dez 10(4):497-504.
- 2 Hoga LAK. À mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho [tese]. São Paulo: Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995.
- 3 Kreutz I. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Cuiabá – MT [tese]. São Paulo: Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
- 4 Mattos CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. Rio de Janeiro: UERJ; 2001 [citado 2006 Fev 15]. Disponível em: http://www.ines.org.br/paginas/revista/A%20bordg%20etnogr_para%20Monica.html

- 5 Godoy AS. Pesquisa qualitativa, tipos fundamentais. Rev. Administração de Empresas. 1995 Maio-Jun; 35 (3): 20-9.
- 6 Laplantine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense; 1997.
- 7 Conselho Nacional de Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e norma regulares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (BR): O Conselho; 1997.
- 8 Bom Meihy JCS. Manual de história oral. São Paulo: Loyola, 1996.
- 9 Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- 10 Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. Cadernos de Saúde Pública. 1993 Jul-Set; 9(3):272-82.
- 11 Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: DIEFEL, 1984.
- 12 Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm. 2005. Abr-Jun; 14(2): 280-6.