

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no
urbano e rural em Pelotas/RS

Caroline Vasconcellos Lopes

Pelotas, 2016

CAROLINE VASCONCELLOS LOPES

**O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural
em Pelotas/RS**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Rosa Lía Barbieri- Embrapa Clima Temperado

Coorientadora: Rita Maria Heck- Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

L864c Lopes, Caroline Vasconcellos

O cuidado no sistema informal de saúde : um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS / Caroline Vasconcellos Lopes ; Rosa Lía Barbieri, orientadora ; Rita Maria Heck, coorientadora. — Pelotas, 2016.

152 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Cuidado. 2. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 3. Plantas medicinais. 4. Integralidade em saúde. 5. Cultura. I. Barbieri, Rosa Lía, orient. II. Heck, Rita Maria, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

CAROLINE VASCONCELLOS LOPES

**O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural
em Pelotas/RS**

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 15/09/2016.

Banca examinadora:

Dr^a Rosa Lia Barbieri (Orientadora)
Doutora em Genética e Biologia Molecular pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof^a Dr^a Rita Maria Heck (Coorientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina, Brasil

Prof^a Dr^a Claudia Turra Magni
Doutora em Antropologia Social e Etnologia pela Ecole
des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, França

Dr^a Marene Machado Marchi
Doutora em Agronomia pela Universidade
Federal de Pelotas, Brasil

Prof^a Dr^a Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade
de São Paulo, Brasil

Prof^a Dr^a Juliana G. Vestena Zillmer
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina, Brasil

Prof^a Dr^a Lina C. Casadó Marín
Doutora em Antropologia social pela Universitat Rovira i
Virgili, Tarragona, Espanha

Dr^a Marcia Vaz Ribeiro
Doutora em Fisiologia Vegetal pela Universidade
Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Gustavo Heiden
Doutor em Botânica pela Universidade de São Paulo, Brasil

Dedicatória:

Ao meu amor, Márcio Pollnow!
A nossa filha Larissa que ilumina nossos dias!

Agradecimentos

A Deus por iluminar meus caminhos, dando-me força, coragem e fé em todos momentos, pois sem Ele nada é possível.

A realização desse trabalho contou com a colaboração de muitas pessoas. Por isso, agradeço a todos que me apoiaram e tornaram-no realidade.

A minha orientadora, Dr^a Rosa Lía Barbieri, por me acolher, pela compreensão, amizade e incentivo!!! Por ser essa pessoa inspiradora e incentivadora, exemplo a ser seguido pela competência, seriedade, sensibilidade e amor em tudo que faz, muito obrigada por todos ensinamentos!

A minha coorientadora, Dr^a Rita Maria Heck, por me aproximar da pesquisa com as plantas medicinais e da ótica da antropologia, instigando meu senso crítico e criativo enquanto enfermeira e pesquisadora, obrigada!

As duas interlocutoras, que aceitaram partilhar de seus saberes para a realização desta pesquisa, além de toda disponibilidade, receptividade e acolhimento, em seus contextos de cuidado. Estendo este agradecimento a todas as pessoas que no momento de inserção do trabalho de campo contribuíram para a construção desta tese e aos voluntários da ONG, muitos dos quais construímos uma linda amizade.

Aos professores da banca examinadora, que aceitaram participar da avaliação dessa tese, e que enriqueceram esse trabalho com suas sugestões.

Ao programa de pós-graduação em Enfermagem pela oportunidade ampliação dos conhecimentos durante a realização do doutorado.

A CAPES, pela bolsa para a realização do doutorado sanduiche, experiência impar para qualificação da tese e dos conhecimentos acadêmicos, profissionais e pessoais.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas pela flexibilidade para a liberação do trabalho para realização do doutorado e para experiência do doutorado sanduiche no exterior.

Lina Cristina Casadó Marín, minha tutora da URV, por disponibilizar-se a me receber e me acolher durante a realização do doutorado sanduíche em Tarragona, pelos ensinamentos em metodologia qualitativa em saúde, enfermagem e antropologia.

Ao Dr. José Luis Guedes dos Santos, professor da UFSC, que disponibilizou-se a compartilhar seu conhecimento sobre o software NVIVO, essencial para organização e análise dos dados da tese.

Ao Eduardo Valduga, muito obrigada por toda disponibilidade e apoio no levantamento etnobotânico, também pelos compartilhamentos de seus conhecimentos em botânica, que muito contribuiu para a construção desta tese.

A Teila minha amiga de todas as horas, pela parceria, apoio e aprendizados conjuntos durante todo o doutorado. Muito obrigada por toda ajuda nesta etapa final da tese e pela amizade e cumplicidade de sempre, principalmente durante a nossa convivência diária na realização do doutorado sanduíche!

A minha amiga Lenice, que mesmo em programas de pós-graduação diferentes mantemos nossa valiosa amizade presente em todos momentos acadêmicos, profissionais e pessoais, com trocas de experiências, companheirismo, apoio e força. Muito obrigada!

Aos colegas da área de Recursos Genéticos Vegetais da Embrapa Clima temperado: Daniela, Claudete, Marene, Henrique, Juliana, Eduardo e Ana Paula, pelos bons momentos de diálogo e auxílio nesta caminhada da pós-graduação!

A minha amiga Camila Almeida, pela amizade, parceria e aprendizados!

As amigas, Suzana, Márcia, Juliana, Naile, Lucélia, Bia e Loiraci da UBS Jardim de Allah que ao longo dos anos de doutorado me apoiaram, obrigada pelo companheirismo, amizade e amor!

A minha amiga Márcia Portelinha pelo cuidado, apoio, amizade e carinho, Obrigada!

Gostaria de expressar meu agradecimento as acadêmicas de enfermagem, que muito contribuíram e colaboraram para a organização dos dados e discussões sobre autoatenção, Camila Timm Bonow, Karine Maciel, Valéria Severo e Janaína Minuto, suas parcerias tornaram esses momentos mais leves e alegres!

A todos professores da pós-graduação pelos ensinamentos nesta caminhada.

As colegas do doutorado, pelas discussões, troca de saberes e diferentes perspectivas.

Aos meus pais, Margarete e Rodinei, pelo amor, incentivo e dedicação que me fizeram ser quem sou hoje. Amo muito vocês!

Ao Márcio meu companheiro e amigo por todo amor, carinho, dedicação e compreensão nas minhas ausências e nos momentos difíceis desta caminhada para que este projeto pudesse se tornar realidade, te amo!

Minha família que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e incentivando continuamente, em especial aos meus irmãos, Júnior, Bruno e Bernardo e as cunhadas Elisa e Kelly.

A todas as pessoas que acreditaram em mim e incentivaram-me a prosseguir.

Resumo

LOPES, Caroline Vasconcellos. **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS**. 2016. 152f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A perspectiva cultural com ênfase nas contribuições da antropologia foi a base para se conhecer, nesta pesquisa, a utilização das plantas medicinais no cuidado realizado pelas interlocutoras do sistema informal de saúde, com a pretensão de aproximar estes saberes com a enfermagem. Desse modo, buscou-se descrever o cuidado sob o enfoque cultural realizado pelas interlocutoras com as plantas medicinais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de orientação etnográfica. As interlocutoras do estudo foram duas mulheres referência no conhecimento das plantas medicinais. Além delas, participaram vizinhos, voluntários da Organização Não Governamental (ONG) e as pessoas que procuravam o cuidado das interlocutoras. As duas mulheres foram abordadas nos locais onde realizavam o cuidado à saúde: a interlocutora IC1, no seu domicílio, localizado na zona rural (3º distrito de Pelotas); e a interlocutora IC1, na ONG, da qual é líder. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o parecer nº 705.696. Foi assegurado o anonimato dos participantes da pesquisa, sendo utilizadas as iniciais dos seus nomes. O trabalho de campo ocorreu de julho a setembro de 2014, e de março a agosto de 2015. Desse modo, foram utilizados um conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa tais como: entrevista, observação participante, diário de campo, levantamento etnobotânico e registros fotográficos do contexto de cuidado e das plantas medicinais utilizadas ou indicadas. Além disso, foram coletadas amostras das plantas observadas que estavam com inflorescência no dia do levantamento etnobotânico para a confecção de exsiccatas e a determinação taxonômica. As entrevistas foram gravadas e transcritas. As entrevistas e os diários de campo, foram categorizados pela pesquisadora no software NVivo 10. Na investigação qualitativa, o pesquisador analisa e codifica seus próprios dados, por meio de um processo dinâmico e criativo. Os resultados e a discussão foram dispostos em três capítulos: “A contextualização dos cenários investigados para o entendimento da integralidade do cuidado”; “O cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural”; e “O cuidado com as plantas medicinais para a saúde”. Esse estudo pretendeu contribuir no combate de posturas e atitudes etnocêntricas. O reconhecimento das práticas populares de cuidado à saúde se torna importante, no contexto da enfermagem e de outras profissões da área da saúde, no instante em que esse saber é preservado e interage com o conhecimento científico, considerando o contexto cultural.

Palavras-Chave: cuidado; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; plantas medicinais; integralidade em saúde; cultura.

Abstract

LOPES, Caroline Vasconcellos. **Care in the informal health system: an urban and rural cultural focus in Pelotas/RS**. 2016. 152p. Thesis (doctorate in sciences) – Postgraduation in Nursing, Nursing School, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2016.

In this research, the cultural perspective with emphasis on anthropological contributions was the base to know the use of medicinal plants in the practices of health care performed by interlocutors of the informal health system, in order to approximate this type of knowledge to nursing. In this system, the medicinal plant is the guiding axis to the performed care. The general objective is to describe the care performed by interlocutors from the informal health system (folk), with medicinal plants, under cultural focus. This is an ethnographic qualitative research, which was developed in Pelotas, in two places, in the rural and urban zones. The start point of this study was two women, considered Key Informants. Thus, they were identified as IC1 and IC2, who perform the health care to the informal health system, which is reference to knowledge on medicinal plant to ecological farmers. From them, other people participated in this research, such as persons cared by them, neighbors and volunteers at the NGO in the period of this work. Eight interlocutors participated. The fieldwork happened from July to September 2014, and from March to August 2015. Therefore, a set of techniques and tools of research were used, such as: interviews, participant observation, field notes, photographs from the care context and used or indicated medicinal plants. In order to make exsiccates and the taxonomical determination, samples of plants with inflorescence during the ethnobotanical data survey date were collected. The interviews and field dairy were categorized by the researcher in the software NVivo 10. The analysis developed was the Hermeneutic described by Hammersley and Atkinson (2014), which begins comparing the problem of research, the objectives, and the initial scope of data, generalizing concepts of different type until the development of typologies and theories. The Ethics Committee and Research from the nursing school of UFPel, under the umber 705.696, approved the research project. The participants' anonymity was assured, and only their initials were used. The results and discussion were disposed in three chapters: "The contextualization of investigated scenarios to the understanding of whole care"; "O cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural"; and "The care performed with medicinal plants to health". In the last, the ethnobotanical data survey was organized, and the knowledge of interlocutors related to ecology, management and use of medicinal plants were systematized, according to therapeutic characteristics in health care. The acknowledgment of popular practices of health care becomes important in the context of nursing and other health professions, when it is preserved, and interact with science, and the cultural context is considered.

Keywords: care; knowledge, attitudes and health practice; medicinal plants; health integrity; culture.

Resumen

LOPES, Caroline Vasconcellos. **El cuidado en el sistema informal de salud: un enfoque cultural urbano y rural en Pelotas/RS**. 2016. 152h. Tesis (doctorado en ciencias) – Posgraduación en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

La perspectiva cultural con énfasis en las contribuciones de antropología fue la base para conocer en esta pesquisa la utilización de plantas medicinales en prácticas de cuidado a la salud realizado por interlocutores del sistema informal de salud, con la pretensión de aproximar estos saberes con la enfermería. En este sistema, la planta medicinal es el principio rector de todo el cuidado realizado. Con el objetivo general de describir el cuidado realizado por las interlocutoras del sistema informal de salud (folk) con las plantas medicinales, bajo un enfoque cultural. Se trata de una pesquisa cualitativa de orientación etnográfica, que fue desarrollado en Pelotas, en dos localidades, en el área rural y urbana. El punto de partida de este estudio fueron dos mujeres, consideradas informantes clave, y dese modo, fueron identificadas como IC1 e IC2, que realizan cuidado a salud en el sistema informal de salud que es referencia en el conocimiento de plantas medicinales para agricultores ecológicos. A partir de ellas, otras personas participaron de esta investigación, como las personas cuidadas por ellas, vecinos y voluntarios de la ONG en el periodo de realización de este trabajo. En el total, ocho interlocutoras participaron. El trabajo de campo ocurrió de julio hasta septiembre de 2014, y de marzo hasta agosto de 2015. De este modo, fueron utilizados un conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa, tales como: entrevista, observación participante, notas de campo, registros fotográficos del contexto de cuidado y de plantas medicinales utilizadas o indicadas. Para la confección de exsiccatae y determinación taxonómica, fueron colectadas muestras de plantas con inflorescencia en el día de colecta etnobotánica. Las entrevistas y diarios de campo fueron categorizados por la investigadora en el Software NVivo 10. El análisis desarrollado fue la Hermenéutica descrita por Hammersley y Atkinson (2014), la cual se inicia comparando el problema de pesquisa, objetivos y cuerpo inicial de datos, haciendo generalización de conceptos de distintos tipos hasta el desarrollo de tipologías y teorías. El proyecto de pesquisa fue aprobado por el comité de ética y pesquisa de la facultad de enfermería de UFPel, bajo el número 705.696. Fue asegurado el anonimato de los participantes de la pesquisa, siendo utilizadas las iniciales de sus nombres. Los resultados y discusión fueron dispuestos en tres categorías: “La contextualización de senarios investigados para el entendimiento de la integralidad del cuidado”; “El cuidado a la salud realizado por las interlocutoras: un enfoque cultural”; y “El cuidado con las plantas medicinales para la salud”. En este último, fue organizado el levantamiento etnobotánico y sistematizado el conocimiento de las interlocutoras relacionado a la ecología, manejo y uso de plantas medicinales, de acuerdo con las características terapéuticas en el cuidado a la salud. El reconocimiento de las prácticas populares de cuidado a la salud tornase importante en el contexto de enfermería y de otras profesionales del área de salud, en el instante en que ese saber es preservado e interactúan con el conocimiento científico, considerando el contexto cultural.

Palabras-Clave: cuidado; conocimiento, actitudes y prácticas en salud; plantas medicinales; integralidad en salud; cultura.

Lista de figuras

Figura 1	Marco teórico da tese, representa a utilização da perspectiva de cada autor para o embasamento teórico.....	26
Figura 2	Limites geográficos de Pelotas-RS, 2016.....	35
Figura 3	Imagens da fachada da ONG.....	54
Figura 4	Visualização da entrada da ONG.....	55
Figura 5	Sala de atendimento de IC1 na ONG.....	56
Figura 6	Imagens da casa onde se concentram os atendimentos da ONG.....	57
Figura 7	Imagens de algumas práticas de cuidado.....	59
Figura 8	Imagens do caminho para o domicílio de IC2 o contexto local.....	64
Figura 9	Imagens retratam os principais cômodos, onde IC2 realiza o cuidado à saúde das pessoas.....	65
Figura 10	Imagens da área externa da propriedade de IC2.....	66
Figura 11	Práticas de cuidado utilizadas/indicadas pelas interlocutoras.....	70
Figura 12	Relações sociais da IC1 e IC2.....	72
Figura 13	Diferentes práticas de benzeduras realizadas por IC2	81
Figura 14	Nuvem com as 30 palavras mais frequentes relacionadas a ONG Casa do Caminho, referidas nas entrevistas gravadas.....	87
Figura 15	Nuvem com as 30 palavras mais frequentes, referidas nas entrevistas gravadas com IC1.....	89
Figura 16	Sistematização das plantas medicinais indicadas ou citadas para o cuidado à saúde pelas interlocutoras durante o período de trabalho de campo.....	97
Figura 17	Fases da lua e a dinâmica da seiva das plantas.....	114

Lista de abreviaturas e siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABHP	Associação Brasileira de Homeopatia Popular
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPA	Centro de Apoio ao pequeno Agricultor
CIESAS-DF	<i>Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social no México</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
EMAT/RS- ASCAR	Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural/Rio Grande do Sul - Associação Sulina de Crédito e Assistência Rural
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNHR	Programa Nacional de Habitação Rural
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENISUS	Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RS	Rio Grande do Sul
s/d/a	Saúde/Doença/Atenção
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCPel	Universidade Católica de Pelotas

UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNBA	Universidad Nacional de Buenos Aires
WHO	World Health Organization

Sumário

Apresentação.....	15
1 Introdução	18
2 Objetivos	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 Referencial Teórico	25
Perspectiva cultural antropológica no cuidado à saúde.....	25
4 Metodologia	33
4.1 Abordagem metodológica do estudo	33
4.2 Local do estudo	34
4.3 Participantes do estudo	36
4.4 Critérios de seleção dos participantes	36
4.5 Coleta de dados.....	37
4.6 Análise dos dados	43
4.7 Princípios Éticos	47
5 Resultados e discussão.....	50
5.1 A contextualização dos cenários investigados para o entendimento da integralidade do cuidado	50
5.2 O cuidado e as práticas de cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural	69
5.2.1 O cuidado à saúde expresso em nuvens de palavras.....	87
5.3 O cuidado com as plantas medicinais para a saúde	95
5.3.1 Levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas durante o cuidado realizado pelas interlocutoras	96
5.3.2 O conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais	108
5.3.2.1 Origem do conhecimento das plantas medicinais no cuidado à saúde	108
5.3.2.2 O manejo das plantas medicinais	111
5.3.2.3 A influência da lua no manejo das plantas medicinais	113

5.3.3 Os significados das plantas medicinais além da terapêutica fitoquímica	
.....	115
6 Considerações Finais.....	122
7 Financiamento	125
Referências	126
Apêndices	140
Anexo	146

Apresentação

A presente tese descreve o cuidado popular do sistema informal sob o enfoque cultural realizado com as plantas medicinais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de orientação etnográfica, a qual está vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas.

As plantas medicinais fazem parte da minha vida desde a infância. Na família, sempre era a primeira opção de cuidado à saúde, assim como as benzeduras, pois minha avó materna até o momento é procurada por diversas pessoas para realização deste cuidado. Além disso, percebo que no sentido de uma pesquisa de orientação etnográfica minha facilidade de comunicação com as pessoas me levou a escolher essa metodologia. Lembro que desde criança eu tinha facilidade em iniciar conversa com pessoas desconhecidas, principalmente com mulheres, idosos e crianças.

Durante a formação profissional, como enfermeira, sempre tive tendência à atenção primária em saúde, porém o conhecimento dos cuidados informais que fizeram parte da minha infância foi, muitas vezes, por mim, desconsiderado. Devido à formação biomédica que tive, na qual nada que não tivesse comprovação científica poderia ser considerado como eficaz, apesar de ouvir as pessoas em raras situações relatarem que utilizavam “chás”, deixei de lado a possibilidade de usar a fitoterapia na vida profissional.

A minha visão em relação às plantas medicinais e outros cuidados que fazem parte do sistema informal de saúde foi sendo transformada durante o mestrado (2009-2010). Realizei uma pesquisa que tinha como objetivo conhecer os informantes *folk*¹ do sistema de cuidado informal de saúde e suas práticas

¹ *Folk*: Palavra de origem inglesa, que equivale na língua portuguesa a popular ou folclore (OXFORD, 2007).

relacionadas a plantas medicinais. Naquela oportunidade foi investigado o setor de cuidado de saúde *folk* (setor pertencente aos especialistas de cuidado informal: xamãs, benzedores, entre outros) segundo Kleinman (1980), referencial utilizado. Foram conhecidas as estratégias e a lógica de cuidado sob a óptica dos informantes *folk*. Na lógica de discurso daqueles informantes foi identificado a utilização do vínculo para o estabelecimento da confiança no cuidado realizado, sendo verificado que esse discurso ia ao encontro da perspectiva do paradigma do dom (CAILLÉ, 2002; FLACH; SUZIN, 2006; LOPES, 2010; MAUSS, 2003).

Para Lopes (2010) o conhecimento sobre as plantas medicinais foi considerado pelos participantes da pesquisa do mestrado, como sendo um dom. Esse dom gerava relação e vínculo entre as pessoas, que ultrapassam as fronteiras econômicas e individuais. Existe, desse modo, uma norma de reciprocidade que surge a partir do estabelecimento de um vínculo social.

Conhecer esses informantes do cuidado informal e o seu discurso de cuidado apontou o olhar a um grupo que, muitas vezes, os profissionais de saúde negam existir dentro do contexto de trabalho, como acontecia comigo também. Desde setembro de 2011 tenho atuado na atenção primária à saúde e, por essa experiência no mestrado, procurei conhecer as pessoas que seriam referência no cuidado à saúde para a população local. Depois de muito questionar os usuários e os colegas de trabalho descobri uma senhora que aprendeu os cuidados que realiza com uma pessoa que fez parte da pesquisa do mestrado. Com o tempo foram se estreitando os laços, e ela me ensinou, inclusive, alguns cuidados sobre plantas medicinais. E eu passei alguns conhecimentos que obtive durante a pesquisa no convívio com os informantes e também no grupo de pesquisa.

Nesse sentido, acredito que trazer à discussão a realidade de cuidado desenvolvida por esses especialistas de cuidado informal, na perspectiva da cultura, pode sensibilizar os profissionais de saúde e apontar caminhos para as situações desafiadoras. Situações que se apresentam no cotidiano de trabalho na atenção primária, em que, muitas vezes, apenas com o conhecimento cartesiano e biologicista não se tem a capacidade de ajudar a resolver os problemas de modo eficaz e efetivo.

Contudo, para dar continuidade à investigação realizada no mestrado, e considerando minha experiência profissional, senti a necessidade de conhecer de

maneira mais próxima o modo como realizam o cuidado à saúde. Neste momento não apenas com seus discursos como no mestrado, mas a partir de suas práticas de cuidado cotidiano.

Nesse sentido, realizei o Doutorado-sanduíche, no período de setembro de 2014 a janeiro de 2015, no *Departament d'infermeria da Universitat Rovira i Virgili*, sob supervisão da Professora Doutora Lina Cristina Casadó Marín. Esta experiência contribuiu para a ampliação e enriquecimento dos conhecimentos e da análise dos dados da tese, a partir do referencial antropológico de Menéndez, Geertz e Kleinman das práticas de cuidado à saúde com plantas medicinais do sistema informal de cuidado e interface com a enfermagem.

A tese foi organizada em introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão dispostos em três capítulos. No primeiro capítulo, intitulado “A contextualização dos cenários investigados para o entendimento da integralidade do cuidado”, foi realizada a apresentação da contextualização das duas interlocutoras (uma no contexto urbano e outra no rural). No segundo capítulo, denominado “O cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural”, foram apresentados e discutidos o cuidado realizado pelas interlocutoras. As práticas de cuidado à saúde referidas pelas interlocutoras e que foram observadas durante o período de pesquisa foram homeopatia popular, meditação, Reiki, benzeduras, plantas medicinais, acupuntura, espiritualidade, *Jin Shin Jyutsu*, relações sociais, comunidades religiosas e o sistema oficial de saúde. No terceiro capítulo, “O cuidado com as plantas medicinais para a saúde”, foi organizado e apresentado o levantamento etnobotânico e sistematizado o conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais, de acordo com as características terapêuticas no cuidado à saúde. Na finalização da tese, estão as considerações finais e o financiamento do Doutorado-Sanduíche.

1 Introdução

As práticas de cuidado à saúde com plantas medicinais estão relacionadas aos conceitos de saúde e doença das pessoas de determinado local. Estas práticas são construídas e influenciadas pela transmissão de conhecimento entre gerações, por outras comunidades ou novos saberes. Além disso, pode ser um recurso não somente às pessoas que não têm acesso à medicina oficial, mas também às que nela deixaram de crer ou que desejam um cuidado integral à saúde, que considere os aspectos espirituais, sociais, culturais, entre outros, além do físico ou biológico (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; CEOLIN, 2009; MACEDO; FERREIRA, 2004; RODRIGUES, 2001).

Desse modo, essas práticas propõem uma relação mais holística, com participação ativa da comunidade e com um enfoque sobre as plantas medicinais para além do saber científico, porém incluindo-o (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Para que o incentivo das ações de fitoterapia e o uso de plantas medicinais seja incluído na Atenção Primária a Saúde (APS), é importante que extrapolem a prescrição medicamentosa. Neste sentido, para que o cuidado à saúde seja mais amplo, é relevante que não ocorra simplesmente a substituição do medicamento industrializado pela planta medicinal. Sua inserção talvez não represente apenas uma diminuição de custos, mas construa um diálogo para a aceitação do saber do outro, o respeito aos valores culturais e tradições, e a constituição de um vínculo solidário com a comunidade, de forma que se rompa com a dicotomia entre o popular e o científico (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; ROSA; CÂMARA; BIÉRIA, 2011).

Assim, para se discutir o cuidado é fundamental aproximá-lo da cultura, enfatizando que os sistemas de cuidado à saúde podem ser culturalmente e

socialmente construídos, sendo que estas formas de realidade social dão significado às relações interpessoais.

Na enfermagem, Leininger (1991) considerou o cuidado como algo universal e presente em todas as culturas do mundo, e que pode apresentar-se de maneira diversificada, inclusive entre os grupos que o oferecem e o praticam. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, repensar e ampliar seus conhecimentos, com uso dos recursos presentes na comunidade (SOUZA *et al.*, 2011). Torna-se relevante a inserção dos profissionais do setor oficial na comunidade, para a realização de um cuidado à saúde próximo da realidade sociocultural, o que colabora para a melhoria da qualidade de vida da população (BORGES, 2010).

Desse modo, a enfermeira é um elemento importante neste processo, pois auxiliará na utilização destes recursos terapêuticos, além de incluir, em sua prática, ações diferenciadas que desdobrem os paradigmas positivistas, direcionando para o cuidado integral. Portanto, torna-se imprescindível democratizar e relativizar o emprego das terapias complementares, assim como de outras práticas de cuidado, em especial o uso das plantas medicinais, por uma ação interdisciplinar no cuidado à saúde.

Por isso, os estudos sobre os métodos de pesquisa em Enfermagem, que descrevem o contexto do cuidado sociocultural das pessoas têm buscado contribuir ao combate de posturas e atitudes etnocêntricas, ou seja, prática do profissional da saúde que se caracteriza pela tendência em impor a sua própria cultura (hegemônica e elitista) aos usuários dos serviços de saúde, por entendê-la como a mais apropriada (LENARDT; MICHEL; DE MELO, 2011). Para isso, é necessário desenvolver o relativismo cultural, que requer do profissional de saúde uma postura flexível, permitindo compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas reconhecendo-os como diferentes quando se deparar com outras culturas (LANGDON; WIIK, 2010).

Reconhecer as práticas populares de cuidado à saúde se torna importante no instante em que esse saber é preservado e interage com o conhecimento científico, considerando o contexto cultural. O cuidado, comum a todas as culturas, varia em suas formas de expressão, pois são os padrões culturais que determinam como o indivíduo entende e vivencia sua própria vida (FALLER; MARCON, 2013).

A presente proposta de pesquisa pretendeu dar suporte ao movimento de valorização e resgate do conhecimento popular, dentro do sistema oficial de saúde, para a construção de um cuidado integral que valorize o saber local. Neste contexto, utilizou-se o referencial da antropologia interpretativa com vistas a uma aproximação com a enfermagem. A partir de Clifford Geertz é possível detalhar a compreensão de cultura como construção cotidiana das pessoas (GEERTZ, 2008).

Com isso, esta pesquisa abordou interlocutores pertencentes ao setor *folk*, ou seja, que são líderes no sistema informal de saúde², nas suas práticas de cuidado à saúde com foco da autoatenção. No contexto destes interlocutores, as plantas medicinais são consideradas mais que simples espécies vegetais, elas são símbolos que as relacionam com as outras pessoas e estabelecem ou mantêm o vínculo na construção de identidade cultural dentro do grupo em que estão inseridos (BRASIL, 2010; LOPES, 2010).

As diferentes ações de cuidado à saúde de um grupo estão relacionadas ao contexto sociocultural, que caracteriza cada momento histórico vivido. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade local podem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (SIQUEIRA *et al.*, 2006). Nesse sentido, refletir sobre o cuidado à saúde como um sistema cultural ajuda a compreender os múltiplos caminhos (terapias alternativas/complementares, rezas, cuidado domiciliar, entre outros) percorridos pela população para o alcance da cura ou do alívio de seus problemas de saúde (LANGDON; WIIK, 2010; LEININGER, 2002; KLEINMAN, 1980).

Desde a década de 70 tem-se percebido que o modelo biomédico de atenção curativista e pautado na doença não é suficiente para atender as necessidades das populações. Nessa mesma década houve o movimento de reforma sanitária em grande parte dos países ocidentais, entre eles o Brasil, na busca de um cuidado integral, voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida (LOPES, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi formulado com base em um modelo de saúde que atendesse às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado com o bem-estar social, no que se refere à saúde de indivíduos, grupos e famílias, considerando-o como um dos direitos de cidadania. Com isso, foi percebida a necessidade de estimular a implementação das terapias

² Considera-se na presente pesquisa como sistema informal de saúde o conjunto de práticas de cuidado realizadas para o conforto, tratamento ou cura fora do sistema oficial de saúde.

complementares, em especial o uso de plantas medicinais no sistema oficial de saúde. Esse ideário foi contemplado por meio de políticas e resoluções publicadas pelo poder público federal, desde 2006, com intuito de valorizar o conhecimento local e reconhecer os produtos de origem vegetal. O conhecimento popular sobre as plantas medicinais se perpetua até a atualidade devido à transmissão e troca de informações entre pessoas de diferentes gerações, fazendo parte da construção cultural de cada comunidade, do compartilhamento de valores, experiências, conhecimentos e costumes (BRASIL, 2006, 2008, 2010).

A doença e as preocupações com a saúde são universais, presentes em todas as sociedades. No entanto, cada grupo organiza-se coletivamente, por meios materiais, pensamentos e elementos culturais, para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências ou episódios de doença, sejam eles individuais ou coletivos (LANGDON; WIIK, 2010).

Desse modo, Kleinman (1980), inspirado nos estudos de Geertz, afirma que todas as atividades de cuidado à saúde são respostas sociais, organizadas frente às doenças, e podem ser estudadas como um Sistema Cultural de Cuidado à Saúde. O autor destaca que o sistema de cuidado à saúde é composto por três setores: o profissional (profissionais da saúde legalmente reconhecidos), o *folk* (especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que utilizam terapias complementares, incluindo plantas medicinais), e o popular (familiares, amigos e vizinhos, que utilizam o saber do senso comum, o suporte emocional e as práticas religiosas). Embora estes setores tenham relação um com os outros, eles guardam suas próprias especificidades com relação às crenças, papéis, expectativas, avaliações e concepções (KLEINMAN, 1980).

Segundo Menéndez (2003), as sociedades atuais têm diferentes práticas de cuidado, diagnóstico e cura. Por isso, o sistema de atenção à saúde é constituído pelas categorias religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas. Nesse contexto, evidenciam-se diferenças entre a biomedicina e as demais formas de atenção, trazendo à tona a perspectiva da autoatenção em saúde. Assim, a autoatenção emerge como um cuidado que valoriza as ações coletivas de qualidade de vida no contexto da família, grupo de amigos, na comunidade, no âmbito religioso e com profissionais de cura, como os curandeiros (MENÉNDEZ, 2003). Estas práticas de autoatenção podem ser entendidas no seu aspecto amplo e restrito.

Na perspectiva restrita, a autoatenção pode ser concebida como todas as atividades realizadas pelas pessoas no sentido de prevenir, diagnosticar, perceber, atender, curar ou solucionar os males que afetam a sua saúde. Assim, a definição restrita refere-se a representações e práticas intencionalmente aplicadas ao processo saúde, enfermidade, atenção. No aspecto amplo da autoatenção são consideradas todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial das pessoas e do grupo, sendo ligadas aos processos socioculturais que contribuem para a sua continuação, tais como o uso de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade (MENÉNDEZ, 2003, 2009).

No mesmo sentido, o cuidado, segundo Budó *et al.* (2008), é um fazer que acontece nas relações sociais e como prática social se constitui pelos movimentos de aproximação dos saberes populares com os científicos. Na realização do cuidado à saúde, é considerado fundamental a subjetividade, a emoção, a sensibilidade e a capacidade de escuta. Com isso, o cuidado passa a ser pensado com um enfoque multidimensional, considerando a complexidade dos seres humanos e de suas relações. Nesta perspectiva, o cuidado relaciona-se constantemente com a antropologia (LENARDT; MICHEL; DE MELO, 2011).

A abordagem etnográfica, ou seja, a antropologia inserida nas pesquisas em Enfermagem permite um novo olhar para o desenvolvimento do cuidado à saúde, contemplando a totalidade dos modos de vida, deslocando o foco da atenção aos sujeitos sociais em seus contextos e historicidades, promovendo sua autonomia e liberdade, enfocando a promoção da saúde, a produção social do processo saúde-doença e a crítica às posturas verticalizadoras (LENARDT; MICHEL; DE MELO, 2011).

A perspectiva cultural que reforça a visão integral à saúde não pode ser separada da realidade social e política do contexto local. A partir do referencial da antropologia apreende-se que o cuidado com a utilização das plantas medicinais envolve aspectos concretos do viver, incluindo valores e crenças, de acordo com a maneira particular que aquele grupo percebe o mundo e as doenças, buscando soluções de cura e elaborando seu viver cultural (LOPES, 2010).

A tese desta investigação é que as pessoas que desenvolvem práticas de cuidado no sistema informal são detentoras de um vasto conhecimento em plantas

medicinais. Existe uma relação de reciprocidade durante a realização do cuidado, devido ao compartilhamento de valores culturais, ocorrendo um cuidado integral, considerando o contexto de vida das pessoas. Nesse sistema, a planta medicinal é o eixo norteador de todo o cuidado realizado.

Diante do exposto, a questão de pesquisa que norteou essa tese foi: “Sob um enfoque cultural, de que modo é realizado o cuidado pelas interlocutoras no sistema informal de saúde, com uso de plantas medicinais?”

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Descrever o cuidado, realizado pelas interlocutoras do sistema informal de saúde (*folk*) com as plantas medicinais, sob um enfoque cultural.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o contexto local da realidade das interlocutoras e a relação de cuidado entre elas e as pessoas que as procuram.

Conhecer as práticas de cuidado que utiliza as plantas medicinais desenvolvidas pelas interlocutoras.

Realizar um levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas durante o cuidado pelas interlocutoras do sistema informal de saúde.

Investigar e sistematizar o conhecimento das interlocutoras do sistema informal de saúde relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais, de acordo com as características terapêuticas no cuidado à saúde.

3 Referencial Teórico

Perspectiva cultural antropológica no cuidado à saúde

A perspectiva cultural com ênfase nas contribuições da antropologia foi a base para se conhecer a utilização das plantas medicinais no cuidado realizado pelos interlocutores do sistema informal de saúde, com a pretensão de aproximar estes conhecimentos com a enfermagem. Diante disso, essa pesquisa embasou-se no referencial dos seguintes autores: Clifford Geertz, Artur Kleinman e Eduardo Menéndez, representando o marco teórico da tese na Figura 1.

Clifford Geertz, filósofo e antropólogo, desenvolveu um método de análise interpretativa ou hermenêutica, de compreensão da cultura com a perspectiva de que esta é construída pelos grupos sociais ao interagirem. Artur Kleinman, psiquiatra com formação em antropologia, desenvolveu um modelo de análise de Sistema Cultural de Cuidados à Saúde na década de 70, a partir de pesquisas que realizou na Ásia, estudando a interação de sistemas de cuidado no processo de saúde e doença na cultura chinesa (BOEHS, 2001). Eduardo Menéndez³, doutor em antropologia social, realizou suas investigações com enfoque no processo saúde-enfermidade-atenção, com base na dialética sujeito-estrutura e nas relações de hegemonia/subalternidade entre os modelos de atenção, e tem concentrado sua produção teórica, desenvolvendo principalmente os conceitos do Modelo Médico hegemônico e do Modelo Autoatenção (MENÉNDEZ, 2009; TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE, 2012).

³ Antropólogo argentino e mestre em saúde pública no México pela Escuela de Salud Pública. Em 2009, recebeu o título de *Doctor Honoris Causa* pela *Universidad Rovira i Virgili* (Espanha). Atualmente é professor-pesquisador do *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social* no México (CIESAS-DF) (MENÉNDEZ, 2009; TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE, 2012).

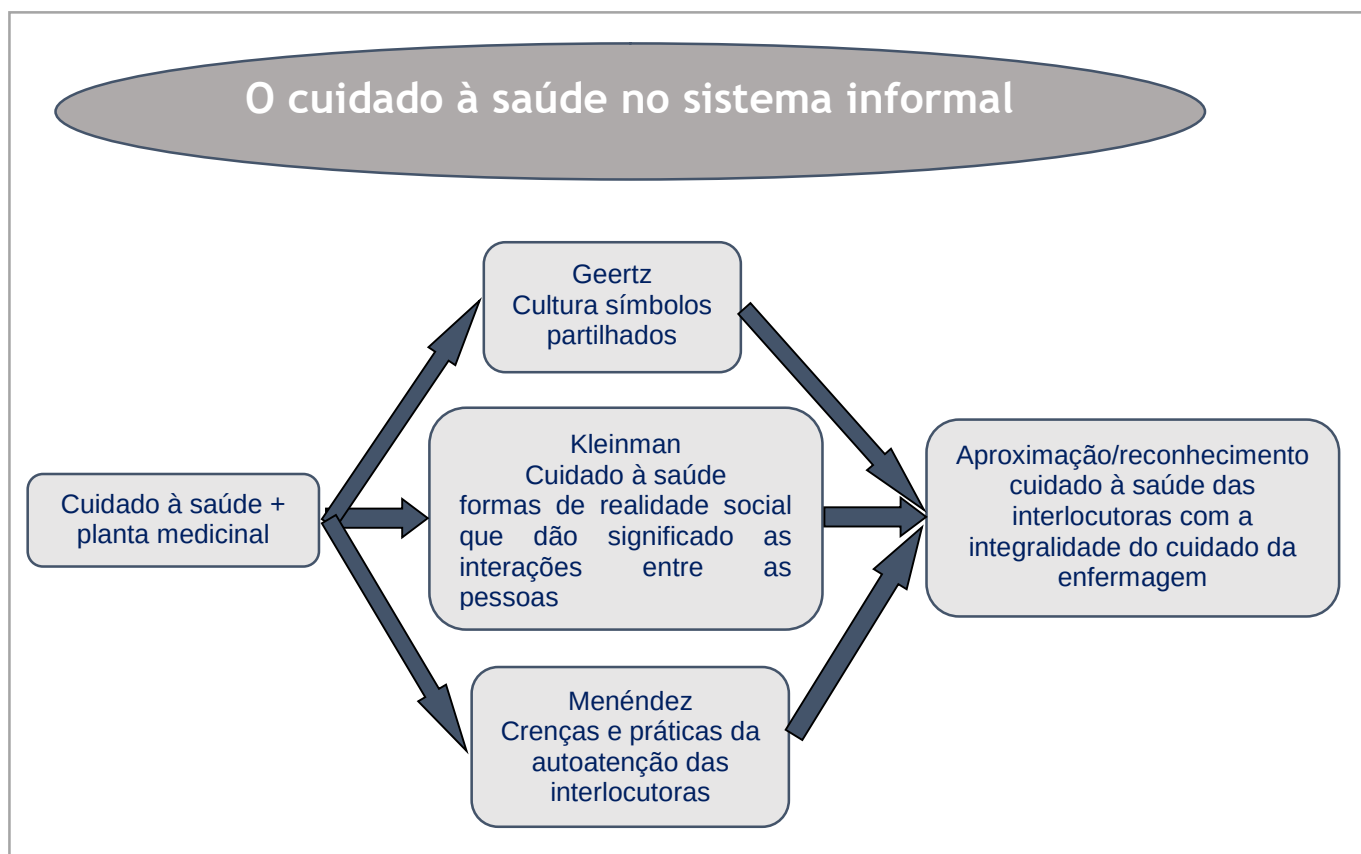


Figura 1 – Marco teórico da tese, representa a utilização da perspectiva de cada autor para o embasamento teórico.

Geertz (1997; 2008) entende que a cultura é construída pelos sujeitos ao interagirem no cotidiano, surgindo assim valores, formas de cuidado, trocas de saberes sobre as plantas medicinais, crenças, normas que fazem parte da práxis. Ainda esse autor conceitua a cultura como um sistema de símbolos compartilhados, que as pessoas usam para perceber, interpretar e organizar o mundo em que vivem.

Neste sentido, pode-se entender a especificidade de determinado grupo com relação à identificação de uma planta medicinal que, pela experiência, é empregada para aliviar um determinado sintoma, enquanto em outro grupo esta mesma planta é utilizada no cuidado à saúde para outro sintoma. A planta medicinal é um símbolo compartilhado que só tem sentido a partir do seu reconhecimento visual, olfativo e curativo acumulado e repassado entre as gerações de um determinado contexto social.

Então, para investigar a cultura de um grupo é necessário se despir de pré-conceitos e realizar um esforço para compreender como cada grupo organiza sua forma de cuidado, como produz e reproduz saúde (GEERTZ,1997).

Kleinman (1978, 1980) entende que, para discutir o cuidado, é fundamental aproximá-lo da cultura, enfatizando que os sistemas de cuidado à saúde são culturalmente e socialmente construídos, sendo estas formas de realidade social que dão significado as interações existentes entre pessoas. Nesse sentido, afirma que todas as atividades de cuidado em saúde são respostas sociais, que podem ser estudados como um sistema cultural.

Kleinman (1978, 1980) propôs um modelo explicativo de cuidado à saúde que atenta para o fato de que dentro de uma mesma sociedade coexistem diferentes setores dentro do sistema de saúde, o que inclui uma multiplicidade de concepções sobre a doença, incluindo etiologia, fisiopatologia, definição de severidades, tratamento e diagnóstico. Este autor diferencia três setores de cuidado à saúde:

- Setor de cuidado profissional (oficial) – que corresponde ao sistema médico instituído e aceito como formal nas sociedades ocidentais – o modelo biomédico. Compreende as práticas e saberes constituídos por um conhecimento científico ou por uma tradição específica de cuidados à saúde como a biomedicina, a homeopatia, a medicina chinesa.

- Setor de cuidado popular (familiar) – composto por conhecimento leigo, referente aos saberes e práticas cotidianas que estão relacionadas ao fenômeno saúde-doença, em que os primeiros cuidados são adotados. Diferentes indivíduos e grupos sociais constroem concepções de tratamento e cura; assimilam, avaliam, julgam os conhecimentos e práticas provenientes dos outros setores.

As pessoas se movem entre estes setores para praticar o cuidado, no entanto, a decisão sobre qual o melhor tipo a ser oferecido durante a manifestação de determinados problemas de saúde é definido, em um primeiro momento, dentro da esfera familiar/popular (KLEINMAN, 1980).

- Setor de cuidado “*folk*” (popular) – refere-se aos especialistas de cura não reconhecidos legalmente, portanto informal, que utilizam recursos como plantas medicinais, tratamentos manipulativos, exercícios especiais, xamanismo e rituais de cura. Estes especialistas são legitimados pela sociedade e estão fortemente ligados

ao setor de cuidado familiar. A maioria dos cuidadores *folk* compartilha os mesmos valores culturais e a mesma visão de mundo das comunidades onde vivem, oferecendo explicações sobre a enfermidade mais acessíveis à compreensão do indivíduo e sua família (KLEINMAN, 1978, 1980).

Desse modo, a autoatenção pode ser definida como as práticas que compreendem as representações e as práxis que a população utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários (MENÉNDEZ, 2009).

Com esta compreensão, Menéndez (2003) afirma que as sociedades atuais possuem estas diferentes práticas de cuidado, diagnóstico e cura. Assim, elaboram um sistema de atenção à saúde, pautado nas condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas, que teriam dado lugar a formas antagônicas. Com isso, evidenciam-se diferenças entre a biomedicina e as demais formas de atenção, trazendo à tona a perspectiva da autoatenção em saúde.

Segundo Menéndez (2003) as sociedades possuem diferentes práticas de cuidado, diagnóstico e cura. Desse modo, no contexto mexicano, as pessoas elaboram um sistema de atenção à saúde, pautado nas condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas, que teriam dado lugar a setores considerados antagônicos. Assim, a autoatenção é caracterizada como um cuidado que valoriza as ações coletivas de qualidade de vida no contexto da família, grupo de amigos, na comunidade, no âmbito religioso e com profissionais de cura, a exemplo dos curandeiros.

A partir dos estudos realizados por Menéndez (2009), no México, o mesmo elencou as seguintes formas de atenção utilizadas:

- a) Saberes e formas da biomedicina (reconhecendo também dentro deste universo formas antigas e as consideradas marginalizadas na biomedicina como por exemplo a medicina naturalista, a homeopatia, a quiropraxia entre outras);
- b) a atenção do tipo “popular” e “tradicional”, viabilizadas por curadores especializados (curandeiros, espiritualistas, santos e outras figuras religiosas, parteiras, xamãs, entre outros);

c) de atenção alternativas, paralelas ou new age (curadores, bioenergéticos, novas religiões curativas de tipo comunitário, etc.);

d) Saberes e formas de atenção advindas de outras tradições médicas acadêmicas (acupuntura, medicina ayurvédica, entre outras.);

e) Saberes e formas de autoatenção de dois tipos básicos: centradas nos grupos primários naturais, especialmente no grupo doméstico, e- as organizadas em termos de grupos de autoajuda (alcoólicos anônimos, clubes de diabéticos, pais de crianças com síndrome de Down, etc).

Essa classificação pode ser ampliada ou modificada, e não supõe que sejam consideradas como formas estáticas cada uma em si mesma, sendo este um processo dinâmico entre as atividades advindas de diferentes formas de atenção, isto é, as mesmas não funcionam sempre exclusivamente, mas também através de relações entre duas ou mais formas de atenção (MENÉNDEZ, 2005).

Desse modo, a “autoatenção constitui uma das atividades básicas do processo saúde/doença/atenção (s/d/a), sendo a atividade nuclear e sintetizadora dos sujeitos e grupos sociais em relação a esse processo” (MENÉNDEZ, 2009, p. 46). É uma atividade constante, desenvolvida a partir dos próprios sujeitos e grupos, que “implica em decidir a autoprescrição e o uso de uma nova terapêutica autônoma ou relativamente autônoma” (MENÉNDEZ, 2009, p. 48), que pode ser pensada em dois níveis, o amplo e o restrito. O nível amplo “inclui todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução bio-social dos sujeitos e grupos a nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico” (MENÉNDEZ, 2009, p.48). No nível restrito refere-se as “representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo s/d/a” (MENÉNDEZ, 2009, p. 49).

Para compreender os conceitos da sua cultura a partir da observação do desenvolvimento do cuidado realizado no sistema informal de saúde é impostergável ter claro os símbolos que fazem parte desse grupo cultural. Desse modo, torna-se necessário que a pesquisadora “desnaturalize” sua cultura enquanto profissional de saúde, evitando assim o etnocentrismo, ou seja, despir-se de pré-conceitos.

Ao considerar o cuidado à saúde como um sistema cultural, nota-se que cada sociedade possui conceitos sobre o que é ser doente ou saudável, e também

maneiras de classificar os agravos que acometem as pessoas, utilizando um sistema de cura baseado nas diversas práticas culturais (LANGDON; WIIK, 2010).

São várias as produções acadêmicas da enfermagem que aliam cuidado e cultura (BUDÓ *et al.*, 2008; FALLER; MARCON, 2013; LANGDON; WIIK, 2010; MUNIZ; ZAGO, 2008), tendo como autor mais citado, no conceito de cultura, Geertz. Na obra de Geertz (2008), a cultura é conceituada como uma teia de significados elaborados por um grupo social, para perceber, entender e organizar o mundo em que se vive, ou seja, a cultura é um sistema de símbolos local e específico. Nesse sentido ela é um processo dinâmico influenciado por diversos fatores históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos.

Conhecer as singularidades de cuidado torna-se possível, ao aproximarmos a enfermagem com a antropologia. Assim, a antropologia da saúde vê como ímpar o que um determinado grupo social considera como sendo saúde e doença. Este enfoque, por sua vez, é diferente daquele exercido pela biomedicina, em que apenas o biológico é o parâmetro determinante, como se estivesse dissociado do restante da realidade do ser humano (HECK, 2000; PIRIZ, 2013).

Na perspectiva antropológica se considera que todas as pessoas são sujeitos da cultura, a qual é experimentada de várias formas, inclusive quando se adoecer e se procura por tratamento. Porém, os profissionais e/ ou pesquisadores da área da saúde, em sua atuação, deparam-se com sistemas culturais diversos, e muitas vezes, não relativizam o próprio conhecimento. No campo da saúde isso acontece com mais frequência, porque estes profissionais acreditam que o seu conhecimento acadêmico, cartesiano, racional e positivista é “neutro”. Desse modo, *naturaliza-se* o campo médico, que inclui o da enfermagem, como se este fosse a verdade universal e absoluta, afastando-se das outras formas de conhecimento “*culturalizado*”, isto é, cuja verdade é particular, relativa e condicional (LANGDON; WIIK, 2010).

Para Pinheiro (2007), cuidado à saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o “direito de ser”. Neste contexto, as pessoas buscam meios de manter o equilíbrio, através de práticas de cuidado, as quais estão permeadas por valores e crenças nos contextos em que vivem e transitam.

O papel da biomedicina é relativizado entre os demais setores de cuidado. A relação entre esses setores não implica, na maioria das vezes, em oposições, concorrências ou antagonismos entre si, mas em complementaridades. Na evolução do conceito de cultura dentro da linha da Antropologia Simbólica, o profissional de saúde e de enfermagem tem a possibilidade de trabalhar com um conceito de cultura dinâmico, resultado das interações constantes, em que se compreende que o ser humano é um ser que percebe e age (BOEHS *et al.*, 2007).

Capra (2012) coloca que um futuro sistema de assistência à saúde consistirá, em primeiro lugar e acima de tudo, em um sistema abrangente, efetivo e bem integrado de assistência preventiva. A manutenção da saúde será, em parte, uma questão individual e, em parte, uma questão coletiva, estando as duas, a maior parte do tempo, intimamente interligadas. A saúde não pode ser simplesmente fornecida, ela tem que ser praticada.

De acordo com Boehs (2001), a enfermagem é uma profissão com um saber científico próprio, a partir de um corpo de conhecimentos constituído pela biomedicina, ciências humanas e sociais, com o objetivo de cuidar do indivíduo, tanto na condição da saúde quanto na ocorrência da doença.

Leininger (1991) considerou o cuidado como algo universal e presente em todas as culturas do mundo, e que pode apresentar-se de maneira diversificada, inclusive entre os grupos que o oferecem e o praticam. O foco de sua teoria foi para que a enfermagem tivesse uma base cultural para compreender e oferecer um cuidado congruente com a cultura da pessoa, família ou grupo.

Nesta perspectiva, Leininger (1991) descreveu e considerou dois sistemas de cuidado: o cuidado profissional e o cuidado popular *folk*. O cuidado profissional refere-se ao formalmente ensinado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doença, bem estar e preparados em instituições profissionais, normalmente com uma equipe multiprofissional. O cuidado popular está relacionado ao conhecimento e saber culturalmente aprendido e transmitido, nativo, usado para prover atos de assistência, apoio, captação para outros indivíduos, grupos ou instituição com necessidades de melhorar suas condições de saúde.

Neste contexto, Helman (2009), observando o sistema de cuidado à saúde no Reino Unido, identificou três setores: informal, popular e profissional. No entanto mesmo com nomenclatura parecida com a de Kleinman para classificar os setores, o sentido dado a estes são diferentes do que descreve Kleinman (1980). Então para Helman (2009) no setor informal é representado majoritariamente pelos os grupos de autoajuda. O popular é composto por curandeiros pela fé, ciganos que lêem a sorte, clarividentes, médiuns, herbalistas, “mulheres sábias” locais em muitas áreas rurais, entre outros. O profissional inclui a ampla variedade de profissionais de saúde. Desse modo, verifica-se que o sistema de cuidado realizado por familiares e pessoas do ciclo de amizade não são reconhecidos na observação de Helman.

As práticas de cuidado à saúde com plantas medicinais são modos de pensar e agir, reinterpretações das novas condições de vida, tendo como base um sistema lógico que ordena e dá sentido aos cuidados corporais, às relações interpessoais e à vida como um todo. O uso das plantas medicinais visa um cuidado integral, enfocando a saúde, e não a doença, como no modelo biomédico, com o objetivo de promover à saúde do indivíduo e da sua família (LOPES, 2010).

Nesse contexto, o reconhecimento dos saberes nos setores de cuidado *folk* e popular é um desafio para o profissional da saúde que deseja olhar à perspectiva da integralidade. Para entender as práticas populares de autoatenção, os profissionais da biomedicina precisam articular as suas práticas com as práticas populares, buscando reconhecê-las como efetivas e/ou necessárias. Em muitas situações o grupo popular pode apropriar-se das práticas biomédicas e as reinterpretar segundo suas necessidades.

4 Metodologia

4.1 Abordagem metodológica do estudo

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com perspectiva teórico-metodológica da antropologia, utilizando desenho de orientação etnográfica, além de um levantamento etnobotânico das plantas usadas no cuidado à saúde.

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas e suas ações. De acordo com Taylor e Bogdan (2013), na pesquisa qualitativa o pesquisador precisa dirigir sua atenção para o modo como as coisas funcionam, e não acerca da determinação se elas funcionam ou não.

A principal característica da etnografia está na participação do pesquisador na vida cotidiana das pessoas durante um período de tempo, observando o que acontece, escutando o que dizem, fazendo perguntas, de acontecimentos e descrevendo os fatos disponíveis que possam jogar luz sobre o tema no qual está centrada a investigação (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2014).

O método etnográfico é uma descrição densa, ou seja, um conjunto de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas. O pesquisador precisa primeiro apreender e depois apresentar. É uma ciência interpretativa, pois o ser humano, enquanto criador da cultura, constrói e reconstrói os significados e estes estão sujeitos à interpretação (GEERTZ, 2008).

O estudo com desenho etnográfico parte, fundamentalmente, da noção de cultura considerada como conhecimento adquirido usado para interpretar experiências e gerar comportamentos, abrangendo o que as pessoas fazem, o que sabem e as coisas que constroem e usam (ANDRÈ, 2008).

Para Geertz (2008), o papel do etnógrafo é descrever o discurso social, anotando-o, transformando-o de um acontecimento passado num relato, para que seja consultado quando for necessário. O trabalho etnográfico não implica, simplesmente, em estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos e manter um diário. O autor considera que as técnicas e os processos determinados não definem o empreendimento etnográfico, mas o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma descrição densa.

O levantamento etnobotânico das plantas medicinais indicadas pelas interlocutoras do estudo foi importante para complementar o entendimento do cuidado à saúde. Para Martín (1997) e Albuquerque (2006), a etnobotânica envolve a descrição da interação de uma população local com seu meio e as plantas. Essa disciplina surgiu sob influência de disciplinas de abordagem qualitativa, na qual se destaca a antropologia.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Pelotas, em dois locais, um na área rural, no 3º Distrito e na área urbana. As interlocutoras foram abordadas nos locais onde realizam o cuidado à saúde a quem as procura. A interlocutora IC1 foi abordada na Organização Não Governamental (ONG), onde é líder. A interlocutora IC2, foi abordada no seu domicílio, localizado na zona rural (3º distrito de Pelotas).

Pelotas é um município que está localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. É considerado uma das capitais regionais do Brasil, possui uma população de 328.275 habitantes, sendo terceiro município mais populoso do estado (IBGE, 2010). Está localizado às margens do Canal São Gonçalo que interliga a Laguna dos Patos a Lagoa Mirim, ocupando uma área de 1.610 km². Possui aproximadamente 92% da população total residindo na zona urbana (300.952

estado, ele possui uma grande desigualdade social populacional e um índice de pobreza importante. Desse modo, ponderando esses índices em relação à busca de cuidados a saúde, grande parte da população necessita de cuidados integral que considere não somente seu corpo, mas tudo que o envolve. Nesse sentido, muitas vezes é no sistema informal de saúde que encontram esse cuidado.

4.3 Participantes do estudo

O ponto de partida deste estudo foram duas mulheres que realizam cuidado à saúde no sistema informal de saúde que são referência no conhecimento das plantas medicinais para os agricultores ecológicos. Para fim de abordagem metodológica, e para garantir seus anonimatos, estas mulheres interlocutoras foram consideradas informantes-chave⁴, e desse modo foram identificadas como IC1 e IC2. A partir delas outras pessoas participaram desta investigação, por meio de entrevistas e da observação participante, como as pessoas cuidadas por elas, vizinhos e voluntários da ONG no período de realização deste trabalho, que aceitaram a presença da pesquisadora e a participação na pesquisa. No total foram oito interlocutores.

Então, os demais participantes do estudo foram identificados da seguinte maneira, PC para pessoa cuidada nestes contextos, VZ para os vizinhos que participaram e V para os voluntários, com sequência de números conforme aparecem seus diálogos.

4.4 Critérios de seleção dos participantes

Como critérios de inclusão, foram abordadas pessoas consideradas referência no conhecimento de plantas medicinais, que realizassem o cuidado as pessoas e que tenha participado da pesquisa "Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul". Além disso, participaram outras pessoas que eram cuidadas nestes contextos,

⁴ Foi utilizada a palavra de informantes-chave, por serem as pessoas representativas no conhecimento do tema abordado e que "apadrinham o investigador no cenário e são fontes primárias de informação (TAYLOR; BOGDAN, 2013, p. 61).

vizinhos e voluntários da ONG, os quais estavam presentes no período de realização deste trabalho, estes precisavam aceitaram a presença da pesquisadora e a participação na pesquisa.

4.5 Coleta de dados

Neste tópico foram abordadas as situações para a coleta de dados desde o acesso ao campo de pesquisa até as técnicas de coleta de dados.

4.5.1 Acesso ao campo

A proposta de dar continuidade a investigação realizada pela pesquisadora durante o mestrado (LOPES, 2010) partiu da inquietude para entender a dinâmica de cuidado realizado por pessoas que são referência em relação ao conhecimento em plantas medicinais, que fizeram parte da pesquisa "Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul".

Para essa realização, buscou-se a lista com endereços e telefones dos interlocutores abordados no período de 2009, 2010 e 2011, as quais eram oito pessoas, destas sete fizeram parte da pesquisa realizada durante o mestrado. Dentro da proposta da investigação realizada no mestrado estava o compromisso de resposta ou retorno aos participantes. Desse modo, muitas tentativas de promover um encontro entre os participantes da pesquisa realizada no mestrado foram feitas, sem sucesso, porque as datas e horários não coincidiam, a partir disso foram questionados de que forma gostariam desta devolução (encontro para discussão dos seus resultados, material impresso ou outros tipos de materiais). A maioria preferiu material impresso e apenas dois queriam ainda se reunir.

Então, aproveitando a oportunidade de contato para esta devolução, em 2013 foi realizado o contato telefônico primeiramente, para conversar e combinar um encontro para o retorno dos dados da dissertação. Para devolução, foram organizados um banner personalizado para cada um dos sete participantes, com fotos de suas plantas, com a pesquisadora e outros colaboradores, com agradecimento pela importante participação. Além disso, folders e uma série-

documentos relacionada às plantas medicinais utilizadas pelos agricultores ecológicos, publicada pela Embrapa Clima Temperado (CEOLIN *et al.*, 2011), foram entregues aos participantes, denominados neste momento de Informante *Folk* (IF) e numerado conforme a ordem de descrição a seguir.

O encontro para o retorno de suas contribuições, foi de conversa sobre a vida e os acontecimentos ocorridos desde o último contato. Com IF1, ocorreu em seu local de trabalho, no Centro de Apoio e Promoção da (CAPA), situado no centro de Pelotas. Essa interlocutora mora no município de Canguçu, mas está trabalhando em Pelotas. Relatou que se aposentou da área da saúde (era técnica de enfermagem do hospital de Canguçu) e que está trabalhando na área administrativa do CAPA. Foi realizado o convite para participar da pesquisa de doutorado, porém não aceitou, pois justificou que não está trabalhando atualmente com o cuidado à saúde diretamente. Mas agradeceu o retorno recebido da sua participação anterior.

A interlocutora, IF2 que tem formação na área da saúde e atua na Associação Rio grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural/Rio Grande do Sul - Associação Sulina de Crédito e Assistência Rural (EMATER/RS-ASCAR), em Pelotas, ao longo dos anos, após o término do mestrado, com certa frequência a pesquisadora a encontrava em eventos para mulheres agricultoras. Em um desses encontros foi combinado que a pesquisadora ligaria para marcar um encontro, porém em contato telefônico referiu que em decorrência das viagens de trabalho não poderia receber a pesquisadora. Contudo, gostaria de receber o material, mas não poderia participar de investigação para a tese, por não trabalhar mais com o cuidado à saúde diretamente e que o cargo administrativo exercido atualmente estava exigindo muito dela.

Com a participante IF3, que também trabalhava com as plantas medicinais na EMATER no município de Morro Redondo, foi combinado por contato telefônico um encontro em sua residência, local de sua preferência. Durante o encontro relatou que estava aposentada há dois anos e que não estava mais realizando cuidado à saúde, agradecendo o convite em participar da pesquisa.

Com a senhora IF4, agricultora que reside na área rural de Canguçu, o encontro ocorreu na sua casa. Recebeu a pesquisadora em sua sala de estar, relatou que não tem realizado ou recebido as pessoas para o cuidado à saúde, que

tem muito trabalho na propriedade, por isso não teria interesse em participar da pesquisa neste momento. Referiu ter gostado de rever a pesquisadora e dos materiais que ganhou, sentindo-se valorizada com esse retorno.

O único homem, IF5, que participou da pesquisa não foi possível realizar contato telefônico. Então foram solicitadas informações para diversas pessoas, as quais relataram que o mesmo estava vivo, porém tinha ficado viúvo. Mesmo não conseguindo contato por telefone, uma tarde a pesquisadora foi acompanhada de seu esposo até a residência do participante, em frente a sua propriedade foi chamado por diversas vezes, mas ele custou atender. O senhor, reconheceu a pesquisadora, mas estava bastante confuso na sua comunicação, relatou o falecimento de sua esposa, que havia ocorrido há pouco tempo. Ele tinha uma sala onde recebia as pessoas para o atendimento e guardava seus preparados. Neste dia, a sala estava com poucos preparados, o ambiente bagunçado e sem os bancos que possuía para receber as pessoas. Relatou que sua filha estava trabalhando com a IF7 e que ele e seus filhos queriam vender a propriedade e que iria morar com essa filha. Atualmente não está mais fazendo atendimento ao cuidado à saúde, mas gostou dos materiais recebidos.

Foi tentado contato telefônico com a senhora IF6, mas o senhor que atendeu o telefone relatou que ela havia falecido a mais de um ano. Apesar de explicado sobre o que se tratava, mas não fez questão de receber as homenagens por ela. Quando essa senhora participou da investigação, seu esposo que estava acamado, gritava de seu quarto para ela parar de participar da pesquisa.

A senhora IF7, (para a pesquisa do doutorado foi identificada como IC1), 91 anos, é Irmã consagrada da Igreja Católica. Ela é líder da Pastoral Ecumênica da Saúde Popular da Igreja Católica Apostólica Romana e, apesar de aposentada, atua em mais de dez comunidades na zona urbana do município de Pelotas. Além disso, trabalha em comunidades rurais e urbanas nos municípios de Canguçu e de Rio Grande, atuando ativamente como disseminadora do uso das plantas medicinais. É líder de uma Organização Não Governamental (ONG) de cuidado à saúde, onde foi realizada a pesquisa.

Após o término da pesquisa realizada no mestrado, foram mantidos contatos, mesmo que esporádicos, com IF7 e com alguns trabalhadores voluntários

da ONG da qual é líder. Para convidá-la a participar da pesquisa da tese de doutorado, foi realizada uma visita à ONG, em uma sexta-feira à tarde. A pesquisadora foi bem recebida pelos voluntários que conhecia, e apresentada aos novos, que estavam presentes naquele momento. IF7 recebeu a pesquisadora após os atendimentos que realizou durante a tarde. A pesquisadora informou que estava lá para realizar a devolução dos dados de sua participação na dissertação de mestrado (LOPES, 2010) e para convidá-la a participar de uma nova investigação, agora para a tese de doutorado. IF7 aceitou imediatamente, e convidou a pesquisadora a retornar na próxima semana. Na ONG a pesquisadora conviveu e participou como voluntária contribuindo com diversos afazeres na casa, desde varrer, coletar plantas nas hortas, para o cuidado à saúde, limpeza dos banheiros, acompanhamento da secagem e armazenagem das plantas medicinais, além da aferição da pressão arterial e escuta terapêutica aos voluntários e às pessoas que procuravam a ONG. Além de auxiliar, a pesquisadora também recebeu muitas contribuições, como a participação nas oficinas de meditação, recebeu terapia de Reiki, acupuntura e Jin Shin Jisu, realizou o curso de Reiki. Nesse período recebeu muito carinho e construiu muitas amizades.

O primeiro contato com a única interlocutora, IC2, que não participou da pesquisa do mestrado ocorreu por meio de uma ligação telefônica, para marcar um encontro em seu domicílio, no meio rural, local onde prestava atendimento ao público. Oito encontros ocorreram no período de julho a setembro de 2014 no domicílio de IC2 e nos domicílios dos vizinhos, que aceitavam a presença e participação na pesquisa. Em 2015, os contatos telefônicos foram os mais frequentes, sendo que ocorreram dois encontros presenciais, um em março e outro em maio, para entrevista e do levantamento etnobotânico das plantas medicinais citadas nos cuidados à saúde.

Para a realização do trabalho de campo já no primeiro contato com as interlocutoras foram convidadas a participar desta pesquisa de modo formal e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.5.2 Técnicas de coleta de dados

Nos dias de interação, participação e observação foram acompanhadas suas rotinas de cuidado à saúde, as quais foram registradas em notas de campo (Apêndice C).

Com IC1 foram realizadas 16 visitas para observação participante entre julho e setembro de 2014, e de março a agosto de 2015. Nesse período, foram feitas observações da organização do trabalho, acompanhamento dos atendimentos, na sala de atendimento individual de IC1, além de conversas com os trabalhadores voluntários, enquanto eram atendidos na sala de acupuntura.

No ano de 2015, ocorreram as entrevistas com alguns voluntários e com IC1. Dois voluntários foram indicados por IC1 para contribuir no levantamento etnobotânico das plantas medicinais da ONG. Com estes dois interlocutores também foi aplicada a entrevista com foco nas plantas.

Já no contexto de IC2, os encontros para observação participante, ocorreram no período de julho a setembro de 2014, totalizando oito. Em 2015, os contatos telefônicos foram os mais frequentes, sendo que ocorreram dois encontros presenciais, um em março e outro em maio, com aplicação das entrevistas, além do levantamento etnobotânico das plantas medicinais citadas nos cuidados à saúde.

Durante o período de doutorado-sanduíche, de setembro de 2014 a janeiro de 2015 foi realizada a organização dos dados obtidos durante a observação participante com as interlocutoras. Então, neste momento de organização, de muitas leituras e de participações em disciplinas relacionadas a metodologia qualitativa e análise de dados a pesquisadora sentiu a necessidade de complementar os dados, elaborou um roteiro de entrevista para explicitar situações e assuntos os quais não estavam claros para a análise e discussão da tese.

Desse modo, foram utilizados um conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa tais como: entrevista com roteiro de perguntas (Apêndice D), observação participante, notas de observação em diário de campo e registros fotográficos do contexto de cuidado e das plantas medicinais utilizadas ou indicadas. Foram coletadas amostras das plantas observadas que estavam com inflorescência no dia do levantamento etnobotânico para a confecção de exsiccatas e a determinação

taxonômica (Apêndice E). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Segundo Minayo (2010) a entrevista é uma comunicação verbal realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa. A autora ainda destaca que ao analisar o conteúdo da entrevista, será necessário incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante.

Já a observação participante é definida como a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador fica em relação direta com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2010).

As notas de observação em um diário de campo é um instrumento utilizado para o registro de dados obtidos na observação de campo. Foi inspirado nos trabalhos dos primeiros antropólogos que, ao estudar sociedades longínquas, carregavam consigo um caderno no qual escreviam todas as observações, experiências e sentimentos (VÍCTORA, 2000). Entretanto, para a realização de registros, Falkembach (1987) destaca que o pesquisador precisa iniciar a escrita do diário de campo o mais breve possível, imediatamente após observá-los, pois com o passar do tempo a memória introduz novos elementos. A interpretação reflexiva não se separa o fato concreto, o que poderá deturpar o registro dos fatos.

Conforme, Oliveira (2006) o olhar e o ouvir são considerados atos cognitivos mais preliminares no trabalho de campo do que o ato de escrever, pois é neste momento que se exercita a crítica sobre o que se observou. Este ato de escrever, fora da situação de campo, exerce sua mais alta função cognitiva, ou seja, o observador poderá interpretar o que vê baseado no arcabouço teórico e experiencial de seus conhecimentos.

Segundo Neiva-Silva e Koller (2002) a utilização uso do registro fotográfico auxilia na comunicação dos significados, permitindo ao pesquisador uma melhor compreensão das situações e contextos fotografados. Nesse contexto ao qual a

fotografia foi utilizada neste estudo, ela pode ser considerada uma narrativa visual, por tratar-se de “um fragmento de um determinado espaço e uma representação temporal de uma situação vivida em frações de segundo, ela conta o momento histórico e pode perpetuar os dados” (NOBRE, 2009, p. 70-71). Desse modo, o registro fotográfico nesta pesquisa foi utilizado tanto para retratar situações comuns do cuidado popular, ambientes dos contextos locais, quanto às plantas medicinais, sendo assim um instrumento de grande importância ao pesquisador que desenvolveu a investigação com base teórico-metodológica etnográfica.

O levantamento etnobotânico aproxima o pesquisador da realidade local e da diversidade de línguas, culturas, povos, pessoas, plantas e ecossistemas (ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006; MORAN *et al.*, 2001). No dia da pesquisa de campo, a pesquisadora também contou com a colaboração de um taxonomista vinculado a Embrapa Clima Temperado.

As exsicatas são fragmentos ou exemplares de plantas desidratadas e prensadas, fixadas em cartolina acompanhadas de uma ou mais etiquetas, com os dados sobre o espécime, tais como nome da espécie, local e data de coleta, nome do coletor, dentre outros para conservação em herbário para estudos botânicos (PEIXOTO; MAIA, 2013).

4.6 Análise dos dados

A análise desenvolvida foi a Hermenêutica descrita por Hammersley e Atkinson (2014), a qual se inicia comparando o problema de pesquisa, os objetivos e o corpo inicial dos dados, fazendo generalização de conceitos de diferentes tipos até o desenvolvimento de tipologias e teorias. Além disso, foi examinada a relação entre os conceitos e indícios da pesquisa com o controle das ideias teóricas mediante o método comparativo.

Na etnografia, a análise da informação não é um processo diferente ao da investigação. Inicia-se na fase anterior ao trabalho de campo, na formulação e definição dos problemas de pesquisa e se estende durante o processo de redação do texto. Formalmente, começa a definir-se mediante notas e apontamentos

analíticos, e informalmente está incorporado nas ideias, intuições, conceitos emergentes do pesquisador (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2014).

O processo de análise desta tese iniciou desde a construção do problema de pesquisa e se intensificou no momento de inserção no campo, durante a atuação enquanto participante e observadora. Assim o processo de aproximação e afastamento, de estranhamento e de normalidade permearam a própria construção das notas de campo. Neste exercício, a cada momento de participação/observação no campo o desafio de escrever as notas de campo ou de fazer alguns registros breves para posterior elaboração, com mais detalhes, tornava-se um aprendizado constante. Retornar ao campo, conseguir entender e compreender a normalidade e perceber de modo a descrever o que se destoava nestes contextos locais. Assim é possível afirmar que neste momento de percepção, participação, observação e descrição foram compondo a análise desta pesquisa, porque em determinados momentos de elaboração das notas de campo iam apontando as categorias para posterior processo do dado “bruto”.

Com inspiração em Geertz (2008) foi desenvolvido um esforço para a descrição etnográfica, a qual é permeada por três características, sendo a interpretativa, a qual interpreta é o fluxo do discurso social, e essa interpretação realizada consiste em tentar salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e por último fixar esse discurso em formas de interpretação pesquisáveis.

Na investigação qualitativa, o pesquisador analisa e codifica seus próprios dados. A análise de dados é um processo dinâmico e criativo. Ao longo da análise, é buscada uma compreensão mais profunda do que se está estudando e um contínuo refinamento das interpretações (TAYLOR; BOGDAN, 2013).

4.7.8 Gerenciamento e organização da análise dos dados

A organização das informações contidas nas notas de observação nos diários de campo, fotografias e algumas entrevistas, que foram gravadas, foram realizadas durante o período de estágio de doutoramento no exterior, iniciando-se a elaboração de categorias. Este afastamento do campo de pesquisa e organização

dos registros permitiu perceber as informações que ainda eram necessárias obter para maior detalhamento das descrições e interpretações, neste período foram elaborados os roteiros de entrevista.

No retorno ao Brasil, a pesquisadora retomou o trabalho de campo, para interpretação e análise de contextos ainda não contemplados com os dados obtidos até aquele momento. Além disso, foi realizada capacitação na Universidade de Santa Catarina, com um pesquisador experiente, para utilização do Software NVivo 10⁵, o qual foi utilizado para organização dos dados e da categorização. Durante a capacitação foram feitos exercícios de inserção dos conteúdos de notas de observação dos diários de campo, entrevistas e fotografias no *software*, depois de aprender essa parte, foram realizadas leituras conteúdos e a organização da categorização (nó) e produção das nuvens de palavras mais frequentes.

Esse processo de inserção de todos os conteúdos da pesquisa neste software e principalmente da categorização foi muito trabalhoso, com muitas idas e vindas, ou seja, leitura, releitura e categorização (nó), no qual foram gastos aproximadamente três meses neste processo. Foram elaboradas 26 notas de campo, pois mesmo nos dias em que eram feitas as entrevistas ou levantamento etnobotânico eram realizadas observações participantes e elaboração dessas notas. As entrevistas gravadas nos dois contextos foram 11, sendo seis entrevistas com IC2 totalizando 12 horas e 17 minutos, com 214 páginas e cinco no contexto de IC1, e com os voluntários da ONG totalizando 4 horas e 11 minutos, com 83 páginas de transcrição destas entrevistas no documento de Word com letra areal tamanho 12. Ao final deste processo foram organizadas 40 categorias (nó).

As informações da pesquisa estão armazenadas no computador e no Dropbox Inc (serviço de armazenamento de arquivos – *cloud computing*) da pesquisadora. As categorias (nó) foram organizadas por sentido e significados visando responder a cada objetivo específico da tese. A partir desta separação iniciou-se o processo de escolha e escrita de cada capítulo.

⁵ O NVivo é um software que comporta métodos qualitativos e variados de pesquisa. Ele é projetado para organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, diários de campo, artigos, mídia social e conteúdo web. O NVivo disponibiliza um local para organizar e gerir o material de pesquisa de forma que o pesquisador possa encontrar informações em seus dados. Ele também fornece ferramentas que permitem consultas aos dados de modo mais eficiente (CEOLIN, 2016).

A escrita de cada capítulo de resultados e discussão foram organizados da seguinte maneira: Primeiro, intitulado “A contextualização dos cenários investigados para o entendimento da integralidade do cuidado”, foi o primeiro a ser escrito para apresentar os contextos estudados, e organizar os demais capítulos. Depois de descrever os cenários, foram reunidos os dados a partir do *software Nvivo* sobre o levantamento etnobotânico, iniciou-se com a sistematização das plantas utilizadas, e do manejo e cuidados com as plantas. Para esse capítulo a pesquisadora contou com o apoio de um taxonomista vinculado a Embrapa Clima Temperado, para identificação das plantas, o qual esteve junto no dia de trabalho de campo para o levantamento etnobotânico. O último capítulo a ser escrito foi o segundo, o qual foi iniciado pela elaboração de três nuvens de palavras, sendo uma com os dados dos dois contextos juntos, e as outras duas nuvens com as informações de cada contexto das interlocutoras IC1 e IC2, a partir das entrevistas e notas de campo. Foi organizada a comparação entre as nuvens dos dois contextos, e destacados tudo que era particular de cada um e o que era igual, assim foi percebido nas nuvens as práticas de cuidado realizada pelos interlocutores e as plantas medicinais se destacavam. A partir das palavras das nuvens foram separadas as categorias de cada prática de cuidado e dos conceitos das interlocutoras sobre cuidado, saúde e doença. Seguindo a orientação de análise de Hammersley e Atkinson (2014) as categorias foram examinadas, para obtenção da relação entre os conceitos e indicadores da pesquisa realizada, ou seja, dos interlocutores, e o controle das ideias teóricas mediante o método comparativo, para elaboração da interpretação e por fim da discussão.

Os dados qualitativos, segundo Minayo (2008) são importantes na construção do conhecimento, por permitirem o início de uma teoria ou a sua reformulação. Assim, a análise dos dados compreende a descrição e a análise lógica das informações para descobrir, entender ou descrever os padrões e temas importantes à população estudada e sua interpretação (MOREIRA; CALEFFE, 2008).

4.7 Princípios Éticos

Foram respeitados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres, artigos 89, 90 e 91, e às proibições, artigos 94 e 98⁶ (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Também foi considerada a Resolução 466/12⁷ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata das diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A inserção na pesquisadora no campo de pesquisa ocorreu após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o parecer nº 705.696 (Anexo A). Respeitando a dignidade humana, de acordo com o cumprimento da Resolução nº 466 de 2012, havendo concordância em participar, foi realizada a leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para isso, solicitou-se as interlocutoras que o assinassem, em duas vias, sendo uma delas entregue ao interlocutor e a outra mantida com a pesquisadora (Apêndice A). Do mesmo modo, foi o procedimento para o consentimento em relação ao registro fotográfico (Apêndice B).

Esta pesquisa manteve os preceitos de uma investigação com utilizado do método etnográfico, o qual parte de um processo construído conjuntamente entre pesquisador e pesquisado, já incluindo, por seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e valores locais, uma forma de consentimento, não formal, para a realização da pesquisa (LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2008).

⁶ O Capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica – apresenta como responsabilidades e deveres: Art. 89º - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90º - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91º - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos resultados. Da mesma forma, define como proibições: Art. 94º - Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98º - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

⁷ A Resolução nº 466/12 é regulamentada na pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentando-se no respeito à dignidade humana, exigindo que toda a pesquisa deva processar após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e ou seus representantes legais manifestem a sua ausência na pesquisa.

Entretanto, no trabalho de campo da antropologia, o próprio objeto da pesquisa é negociado, tanto a interação do pesquisador com os participantes como a definição do problema a ser pesquisado. Nesse sentido, destaca-se a citação de Cardoso de Oliveira (2004, p. 33), em que salienta “diferença entre pesquisas *em* seres humanos, como na área biomédica, e pesquisa *com* seres humanos, como na antropologia”, sendo que nessa o participante deixa a condição de cobaia para assumir o papel de sujeito da interlocução.

Na pesquisa não foi realizado nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento ou riscos físicos aos participantes. A participação dos interlocutores foi livre e espontânea, durante todo o período de atuação da pesquisadora no campo. Foram apresentados os benefícios desta pesquisa aos participantes na perspectiva de valorizar, reconhecer e refletir sobre as atividades e conhecimentos com relação ao cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais realizada pelos interlocutores, às pessoas cuidadas, que participaram da observação participante, o benefício foi no sentido de refletir sobre o cuidado recebido no momento da pesquisa. Já o registro fotográfico possibilitou demonstrar através das imagens capturadas as práticas e atividades de cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais que realiza no momento histórico vivido, podendo servir como registro para a posteridade das práticas realizadas no presente e de participação na pesquisa. O registro fotográfico contribuiu para a descrição dos detalhes do contexto e das situações de cuidado utilizando as plantas medicinais, além de auxiliar na identificação das plantas medicinais, pois mesmo com a coleta de exsicatas a fotografia contribui na identificação das plantas utilizadas. Destaca-se que estes registros não tiveram como objetivo identificar os participantes, mas em situações em que o contexto da fotografia mostrou o participante, foi utilizado um recurso de distorção imagem no rosto da pessoa, para poder utilizá-las nos trabalhos acadêmicos, de maneira anônima.

Contudo, procurando assegurar o anonimato dos interlocutores, seus nomes não foram revelados, sendo substituídos pelas iniciais dos nomes pelos quais são conhecidos. Segundo Fonseca (2010), a utilização de nomes fictícios, ou de abreviaturas, não garante o anonimato aos participantes da pesquisa, porque o pesquisador necessita realizar a descrição detalhada dos contextos, não sendo difícil

para qualquer pessoa próxima a eles reconhecer cada personagem, seja ele nomeado ou não. Ao mesmo tempo em que o pesquisador procura garantir a riqueza de detalhes ao texto etnográfico, exerce uma vigilância contínua aos limites éticos.

Os dados continuarão armazenados em um banco de dados, que ficará com a pesquisadora por um período de pelo menos cinco anos após o encerramento do estudo (BRASIL, 2012).

5 Resultados e discussão

Este capítulo está dividido em três subcapítulos, no primeiro, foi realizada a descrição da contextualização das duas interlocutoras-chave, uma no contexto urbano, IC1 e outra no rural, IC2. No segundo, foram apresentados e discutidos o cuidado realizado pelas interlocutoras e as práticas de cuidado à saúde referidas pelas interlocutoras e que foram observadas durante o período de investigação, intitulado “O cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural”. Por último, no terceiro subcapítulo foi organizado e descrito o levantamento etnobotânico e sistematizado o conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais, de acordo com as características terapêuticas no cuidado à saúde, denominado de “O cuidado com as plantas medicinais para a saúde”.

5.1 A contextualização dos cenários investigados para o entendimento da integralidade do cuidado

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde precisam valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva (VIEGAS; PENNA, 2015). Por isso, considerando a integralidade do cuidado, este subcapítulo apresenta a contextualização de duas mulheres idosas reconhecidas como líderes locais no cuidado à saúde e dos demais participantes que faziam parte destes contextos.

Conforme Oliveira e Moraes (2010), as práticas populares de cuidado possuem uma visão integral. A aprendizagem dessas práticas pode ocorrer tanto institucionalmente, por meio das religiões, quanto através da transmissão oral entre gerações familiares, ou entre praticante-aprendiz, por exemplo, na benzedura e uso de plantas.

O cuidado integral pode ser compreendido como uma prática social guiada pelas sensações do outro e mediada pela assistência. Contudo, para esse entendimento, há a necessidade de compreender a coexistência indispensável entre conhecimentos científicos e populares, entre técnicas convencionais e não convencionais complementares (CARBOGIM *et al.*, 2014; CARBOGIM *et al.*, 2015; SILVA; SENA, 2008).

A integralidade e o cuidado à saúde são tarefas intersetoriais, que só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído (VIEGAS; PENNA, 2015). Assim, torna-se importante a descrição da realidade das interlocutoras que participaram da pesquisa, pois fazem parte deste outro nível de atenção, que pode ser chamado de conhecimento popular ou pertencer ao setor de cuidado à saúde descrito por Kleinman (1980) como *folk*. No setor *folk*, as pessoas são consideradas especialistas pela sociedade e estão fortemente ligadas ao setor de cuidado familiar por partilhar dos mesmos valores culturais e visão de mundo próxima.

Foram abordadas duas interlocutoras que são líderes comunitárias reconhecidas pelo cuidado à saúde. Uma, IC1 é líder de uma organização não governamental (ONG) que tem diversos voluntários e práticas de cuidado. A outra interlocutora, IC2 é reconhecida no contexto rural onde reside. IC2 é procurada tanto por vizinhos quanto por pessoas de outras localidades, principalmente por produzir preparados de plantas medicinais e benzedura.

A senhora IC1, 91 anos, é Irmã consagrada da Igreja Católica. Ela é líder da Pastoral Ecumênica da Saúde Popular da Igreja Católica Apostólica Romana e, apesar de aposentada, atua em mais de dez comunidades na zona urbana do município de Pelotas. É líder de uma ONG de cuidado à saúde, onde foi realizada

esta pesquisa. Além disso, trabalha em comunidades rurais e urbanas nos municípios de Canguçu e de Rio Grande, atuando ativamente como disseminadora do uso das plantas medicinais.

O primeiro contato realizado com IC1 foi em maio de 2010, em uma comunidade onde ela realizava atendimento, no bairro Areal, em Pelotas. Na ocasião, ela estava reunida com várias senhoras, fazendo tricô sem agulhas, com seus dedos. A primeira impressão foi de que tratava-se de uma senhora grande, forte e com muita disposição e atitude. A partir desse momento, foram realizados 12 encontros semanais com IC1 para a pesquisa de campo sobre uso das plantas medicinais no cuidado à saúde. Os dados coletados, neste período, foram usados na elaboração da dissertação de mestrado intitulada: "Informantes *folk* em plantas medicinais no sul do Brasil: contribuições para enfermagem" (LOPES, 2010), e parte foi publicada por LOPES *et al.* (2013). Depois daquela experiência, foram mantidos contatos esporádicos com ela e com alguns trabalhadores voluntários da ONG da qual é líder.

Para o trabalho de campo desta tese de doutorado, foi realizada uma visita à ONG em uma sexta-feira à tarde. Retornar a esta ONG foi como retornar ao lar. A pesquisadora foi recebida com muito carinho pelos voluntários que conhecia, e apresentada aos novos voluntários que estavam presentes naquele momento. A senhora IC1 realizava atendimento em sua sala individualmente. Quando ela se desocupou recebeu com um grande abraço a pesquisadora e disse: "Mas tu está aqui, minha menina! Veio para trabalhar com a gente!" A pesquisadora informou que estava lá para realizar a devolução dos dados de sua participação na dissertação de mestrado (LOPES, 2010) e para convidar a participar de uma nova investigação, agora para a tese de doutorado. Após, houve uma conversa na sala de espera, que no momento estava vazia pois já havia acontecido todos os atendimentos. Nessa conversa, IC1 e a pesquisadora falaram um pouco sobre suas vidas, o que estavam fazendo, sobre trabalho, família e saúde.

Ao longo da realização do trabalho de campo, IC1 indicou dois voluntários para contribuir no levantamento etnobotânico das plantas medicinais e sobre a organização e planejamento dos serviços da ONG. Um deles é V1, um senhor de 63 anos, coordenador da ONG, o qual organiza os serviços e os voluntários. A outra é a

senhora V2, de 86 anos foi indicada pela líder como conhecedora das plantas medicinais. Em determinados momentos, quando IC1 não pode estar na ONG, V2 atende as pessoas em seu lugar.

Atualmente, a ONG conta com 40 trabalhadores voluntários, mas esse número varia constantemente por depender da disponibilidade das pessoas. A maioria dos voluntários são pessoas que receberam cuidados no local, sendo predominantemente mulheres. Alguns desses voluntários são profissionais do sistema oficial de saúde (fisioterapeuta, enfermeira, dentista, psicólogos e técnica de enfermagem). A ONG oferece ao público fitoterapia, homeopatia, acupuntura, Reiki, *Jin Shin Jyutsu*, atendimento com psicóloga, massoterapia e outros serviços de cuidado em saúde.

A ONG está localizada no bairro Três Vendas, próximo de dois macro atacados, uma faculdade e uma escola que mobiliza grande movimento nas vias de acesso à ONG, principalmente nos turnos da tarde e da noite.

O terreno da ONG é bastante amplo (aproximadamente 1 hectare) e, segundo os voluntários mais antigos, foi cedido a IC1 pela Prefeitura de Pelotas em usufruto⁸ do local para funcionamento da ONG. Estes voluntários temem pelo futuro desta, porque a senhora IC1 está com idade avançada e, após sua morte, questionam se a ONG poderá manter suas atividades neste local. Para este relato os voluntários não permitiram a gravação apenas uma conversa informal durante a observação participante.

⁸ O usufruto é um direito temporário: consoante dispõe o Código Civil o usufruto se extingue pela renúncia ou morte do usufrutuário (art. 1.410, I); pelo termo de sua duração (art. 1.410, II); pelo decurso do prazo de trinta anos da data em que se começou a exercer, se instituído em favor de pessoa jurídica (art. 1.410, III); e pela cessação do motivo de que se origina (art. 1.410, IV) (CIELO; RESENDE, 2013).

No terreno, de formato retangular, abriga um pátio amplo cercado por muros com mais de dois metros de altura. Há apenas dois portões: um para veículos, no qual somente no estacionamento cabem no máximo 6 carros, sendo prioridade para os coordenadores da ONG e as demais vagas para os veículos dos primeiros voluntários a chegar e outro portão, o dos pedestres, fica aberto durante todo o turno de atendimentos da ONG, como é possível observar na figura 3.



Figura 3 - Imagens da fachada da ONG, fotografadas pela autora. a) portão de entrada de veículos; b) portão para entrada de pedestre.

O pátio é coberto por um gramado, ornamentado por plantas medicinais, árvores e flores. Nas extremidades laterais há hortas e uma pequena estufa à direita, para quem entra pelo portão de pedestres. Há três construções de alvenaria e uma de madeira. Logo na entrada, à direita fica uma capelinha, construída com pedra e azulejos, que abriga uma imagem de Nossa Senhora da Saúde. As pessoas enfeitam a capelinha com flores e velas Figura 4.



Figura 4 – Imagens fotografadas pela autora, dos ambientes externos da ONG. a) Caminho do portão de pedestres até a recepção para atendimento. b) Capela da Nossa Senhora da saúde, a qual fica a direita quando entra-se na ONG. c) Cenário o ambiente do lado direito da casa. d) visualização da estufa e da entrada para a horta.

A casa de alvenaria principal tem sete cômodos. A sala de atendimento de IC1 (Figura 5) fica na frente e permanece com a veneziana da janela aberta e a porta fechada durante os atendimentos. Pela janela, IC1 costuma observar a movimentação de pessoas que chegam e saem da ONG.



Figura 5. Sala de atendimento de IC1 na ONG. a) Imagem que se tem quando se entra na sala. b) Interlocutora e pesquisadora no local onde permaneciam durante a observação participante dos atendimentos realizados por IC1 c) Visualização da sala do lado direito quando se sai do atendimento. d) Vista da sala do lado esquerdo de quem entra na sala.

Uma pequena recepção fica em frente à porta da sala de atendimento de IC1. Nesta recepção, há uma cadeira e uma mesa pequena, tipo escolar, sobre a qual há uma caixa de papelão com as fichas para todos os tipos de atendimentos. Ali fica uma pessoa que distribui as fichas e orienta o modo de uso das homeopáticas. Há uma sala de espera com capacidade para 12 pessoas, mobiliada com sofás, cadeiras e pufes para as pessoas aguardarem o atendimento. Nas paredes da sala de espera há imagens de santos e reportagens sobre IC1 e a ONG, além de um mural com informações. Outra sala atende as pré-consultas. Ali há uma mesa, tipo escrivaninha, para o preenchimento de fichas individuais com informações de saúde e doença das pessoas, que são organizadas por ordem

alfabética em pastas sanfonadas. Ao lado, fica a sala denominada de farmácia. Ali são armazenados os compostos com plantas medicinais e as homeopantias. Seguindo em direção aos fundos da casa está a sala do Reiki, uma dispensa, um banheiro e, mais ao fundo, a sala de lavagem de vidros e potes, os quais são recebidos por doações Figura 6.



Figura 6 - Imagens da casa onde se concentram os atendimentos da ONG. a) Recepção que fica na frente da porta da sala de atendimento da IC1 b) Sala de espera com vista dos fundos para frente. c) Vista da sala de espera do lado esquerdo da recepção em direção aos fundos, a primeira porta para a sala de “triagem” e a segunda porta com uma voluntária é a porta para a “farmácia”. d) Vista da sala de espera lado direito da recepção em direção aos fundos. e) Ambiente interno da “farmácia” com os

preparados de homeopatia, tinturas de plantas e pomadas. f) antessala onde as pessoas esperam atendimento para o Reiki que fica a esquerda, porta aberta para os fundos.

A segunda casa de alvenaria fica nos fundos do pátio. Tem cinco cômodos: uma pequena sala de espera, localizada na varanda, uma sala de acupuntura, uma sala de *Jin Shin Jyutsu*, uma para atendimento de psicologia e um banheiro.

Ao lado da casa onde é realizado o atendimento por IC1, à esquerda, está a terceira construção de alvenaria. Existe uma junção entre as duas edificações por um telhado composto por telhas de amianto e telhas transparentes. Ali, há dois bancos de madeira simples que ficam encostados na parede, plantas em vasos (alguns no chão e outros pendurados), o que torna esse local um ponto de convivência entre os voluntários e as pessoas que procuram a ONG. Além disso, em semanas alternadas, um casal vende alimentos orgânicos e fica neste espaço. Na terceira construção encontra-se uma sala ampla, que funciona como local das reuniões do grupo de voluntários, as salas das massagens, a cozinha, uma despensa, uma sala onde as plantas são preparadas e armazenadas, além de um banheiro. Essa construção tem um segundo piso, onde localiza-se uma sala de depósito de roupas e utensílios que não estão sendo usados e o local onde se faz a secagem das plantas medicinais. Mais afastado, nos fundos do terreno à esquerda, encontra-se um galpão de madeira, o qual serve de depósito de materiais utilizados nas hortas.

Em dois dias por semana é realizado atendimento ao público. Na terça-feira e na sexta-feira à tarde. Nesses dias IC1, atende ao público, indicando terapias adequadas para cada pessoa. Essas terapias incluem as plantas medicinais e seus preparados, homeopatia, Reiki, massagem, *Jin Shin Jyutsu*, acupuntura e, algumas vezes, acompanhamento com psicóloga.

Estão retratados alguns cuidados realizados na ONG na Figura 7, estas foram as imagens de cuidados permitidas pelos participantes da pesquisa.



Figura 7 - Imagens de algumas práticas de cuidado. a) IC1 em capacitação administrando homeopatia. b) IC1 recebendo a cuidado de auriculoterapia. c) Voluntária aplicando *Jin Shin Jyutsu*. d) Preparados de tinturas feitos por voluntários. e) Atendimento de acupuntura em grupo. f) Imagem retrata o convívio e acolhimento durante o atendimento em grupo na acupuntura.

Os trabalhadores voluntários aplicam estas terapias ou atuam dando suporte na cozinha, preparando a alimentação para os outros voluntários, cuidando das plantas no pátio, lavando e organizando vidros, preparando material terapêutico (homeopantias, pomadas, xaropes e plantas), entregando os preparados na “farmácia”. Além disso, auxiliam na pré-consulta e na organização das fichas para atendimento. Antes de iniciar os atendimentos, a senhora IC1 reúne as pessoas que estão esperando o atendimento e os voluntários para uma oração, leitura de um

trecho da Bíblia, reflexão sobre o texto lido, estabelecendo uma relação com a realidade atual e finalizando com a oração do “Pai Nosso”. Só depois deste momento são distribuídas fichas para os atendimentos. Nas fichas estão as indicações do tipo de atendimento e o número sequencial por ordem de chegada.

Na quarta-feira a casa é limpa e organizada por uma faxineira contratada e alguns voluntários. Nesse dia são feitos preparados de plantas medicinais, como pomadas, xaropes e tinturas. Em quase todos os sábados ocorre uma capacitação em massoterapia, plantas medicinais ou homeopatia. Nos sábados um psicólogo atende os trabalhadores voluntários, em atividades de grupo.

Como estratégia de aproximação e de vínculo com os voluntários, a pesquisadora realizava aferição da pressão arterial das pessoas que procuravam atendimento. Durante a inserção da pesquisa de campo foram feitas observações da organização do trabalho, acompanhamento dos atendimentos de IC1 e conversas com os trabalhadores voluntários, enquanto eles eram atendidos na acupuntura. A seguir está descrito um dia de inserção ao trabalho de campo de observação participante da pesquisadora:

Cheguei, cumprimentei as voluntarias da casa que estavam espalhadas. Na recepção, naquela tarde, estava a V.L. Cheguei com um pouco de vergonha pois estava atrasada. É considerado chegar na hora, quando se chega antes da oração. A IC1 já estava atendendo, perguntei a V3: “será que eu poderia entrar?”. Ela disse: “Claro que sim”, e já foi abrindo a porta da sala da Irmã, dizendo para ela que eu a ajudaria naquele dia. Então entrei um pouco esquivada, pensando se não estaria atrapalhando, e se ela não ficaria chateada. Perguntei se ela não se importava de eu ficar acompanhando o seu atendimento. A IC1 com um sorriso no rosto e olhar sereno e acolhedor disse que não atrapalharia. Falou tanto para mim, quanto para as pessoas que estavam com ela, que eu era sua estagiária, que eu precisava aprender, porque eu seria o futuro, e que se precisa de gente para cuidar das pessoas. (Notas de campo, 08.08.14)

Participando desta rotina foi possível perceber que os processos de relações neste espaço podem tanto curar quanto adoecer seus voluntários, pois alguns acabavam assumindo maior sobrecarga de trabalho e preocupação, resultando em estresse e conflitos interpessoais. Durante este período, foram identificados picos hipertensivos (180/120 a 200/130mmHg) entre as pessoas que dividiam a coordenação da ONG. Também ocorreu um caso de infarto de um dos voluntários. Apesar dos conflitos e sobrecarga de trabalho, os voluntários se sentem realizados por trabalharem na ONG.

Este é um lugar em que o espaço físico e o ambiente inspiram paz, tranquilidade e equilíbrio. O contato e o convívio com os voluntários permitiram perceber o clima de compreensão, conforto e troca de conhecimento e experiências com as pessoas que procuram a ONG.

Há que se pensar que a integralidade do cuidado implica em movimento, em processo de interação, em idealizar o projeto de cuidado e responsabilizar-se pelo cuidado (GELBCKE; REIBNITZ; PRADO *et al.*, 2011).

A outra interlocutora que participou da pesquisa de campo foi a senhora IC2. Tem 83 anos, é evangélica, e cursou o ensino fundamental incompleto. A sua aparência é de uma mulher idosa de pele clara, cabelos brancos e curtos, com um sorriso permanente no rosto, muito simpática e de bom humor, gosta muito de contar histórias engraçadas e piadas. Não é magra, nem gorda, tem estatura baixa, com aproximadamente 1,55m, anda um pouco curvada, o que a deixa com aparência mais baixa e mais envelhecida. Tem dificuldade para caminhar devido a uma isquemia que teve há alguns anos, por isso faz uso de uma bengala. Apesar da dificuldade de locomoção ela mesma realiza as suas atividades domésticas e de cuidado com as plantas e animais, cães e terneiro, para alguns serviços que precisa de mais esforço, como cortar lenha e capinar, conta com ajuda de vizinhos ou de conhecidos que a procuram para o cuidado a saúde. Foi casada, mas é viúva há mais de 20 anos. Tem quatro filhos, porém nenhum deles reside com ela, pois prefere morar sozinha, na mesma casa onde nasceu. É a filha mais nova de doze irmãos. A casa onde mora era de seus pais. O primeiro contato com a senhora IC1 ocorreu por telefone. Na ocasião, a pesquisadora se apresentou e explicou os objetivos da pesquisa. Já nesta primeira ligação ela se mostrou muito receptiva e contou suas histórias de líder comunitária. Falou sobre sua luta para a mulher agricultora ter direitos trabalhistas. Considera-se enfermeira veterinária, por ter feito um curso sobre o manejo de animais na década de 80, aprendeu inclusive a fazer cesárea em bovinos. Ela tem um caderno, no qual tem registro de tudo que fez no manejo de animais, contribuindo, principalmente, no parto de animais dos vizinhos.

Foi líder comunitária na luta pelos direitos da mulher trabalhadora rural, chegou a ser membro da coordenação estadual deste movimento. Neste período,

lembra ela, precisava viajar muito e tinha todo o apoio de seu marido. Foi ele quem assumiu o trabalho de casa e da produção agrícola familiar.

Muito amigo. E outra coisa, quando eu assumi a coordenação do estado por causa da mulher trabalhadora rural, ele [marido] disse pra mim: “olha tu não precisa fazer como as outras (mulheres), vir em casa primeiro tirar satisfação se tu pode viajar, se tu tem uma viagem marcada tu vai”. Nós fomos na Romaria da Terra, lá em Tenente Portela (RS), como o pessoal gostou dele e tudo, porque ele sempre dizia: “olha se a gente não reivindica, a gente não ganha nada, a gente não consegue nada”. E é verdade mesmo, ele tinha razão, o que se pode fazer, a vida continua. (IC2)

Ela participa regularmente de programas de duas rádios de abrangência intermunicipal, na frequência AM. Os locutores ligam para sua casa. A transmissão é ao vivo, e ela fala sobre o uso de plantas medicinais para a saúde humana e de animais. IC2 está acostumada a receber em sua casa diversas pessoas de diferentes instituições, como Emater, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Rural, Ibama, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Católica de Pelotas, além de vários políticos e outras pessoas. Sua relação com a família é um pouco distante. Durante o período de pesquisa de campo, em nenhum momento houve a presença de algum de seus filhos. Em várias ocasiões, um dos filhos telefonava para saber se ela estava bem e se precisava de algo. Ela contou que esse filho era o que a procurava, mas que os outros eram muito ocupados e que lhe visitavam quando podiam.

O acompanhamento para o desenvolvimento da pesquisa com a senhora IC2 foi realizado semanalmente no período de julho a setembro de 2014, com contatos mensais entre março e agosto de 2015. Foram realizadas observação participante, entrevista, levantamento etnobotânico e registros fotográficos.

Durante este período, apesar da senhora IC2 morar sozinha, raramente estava só. Em quase todas as observações recebia visitas de vizinhos e conhecidos que a procuravam em busca de cuidado à saúde. Diferentemente do que foi o pressuposto antes de iniciar as observações, que as pessoas a procuravam apenas para indicação de uso de plantas medicinais, na realidade a maioria das pessoas vinha para ser benzida, e as plantas eram coadjuvantes neste cuidado. Além da benzedura, das plantas e seus preparos, as pessoas conversavam sobre problemas

familiares e da comunidade. Um problema que era recente para eles estava relacionado ao transporte coletivo, o qual não estava mais passando na localidade rural, devido às más condições das estradas e pelo pouco uso por parte da população.

Para chegar de carro na casa de IC2, na zona rural do município de Pelotas, segue-se pela BR116 e entra-se a esquerda, na estrada para a Colônia Osório, 3º distrito de Pelotas. A estrada neste percurso não tem pavimentação, como a grande maioria da zona rural na região de Pelotas. Segue-se aproximadamente 5 Km até a propriedade de IC2. O local foi georreferenciado, com localização S31°33'04" W52°16'75,2".

No decorrer do trajeto, pela estrada se visualiza uma agroindústria, plantações de soja, milho e verduras, além de criação de bovinos e ovinos. Nesse contexto rural existe uma peculiaridade, mesmo sendo poucos os moradores, como de costume, há grande distância entre as casas, porém a maioria são construções novas, de alvenaria e relativamente grandes, inclusive com piscinas e jardins bem cuidados. Ao longo da estrada passa-se por duas pontes pequenas feitas de madeira.

A casa de IC2 é antiga (aproximadamente 90 anos), porém foi reformada recentemente, conforme ela relatou, com recursos da “Minha Casa Minha Vida – Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR)” . É uma casa de cor lilás, retangular, telhado de telhas de cerâmica, com aproximadamente 90 metros quadrados de área construída.

Ao chegar na sua propriedade, visualiza-se um caminho estreito e comprido de aproximadamente 15 metros, ladeado por árvores, arbustos e plantas rasteiras, que leva até a casa (Figura 8).



Figura 8 - Imagens do caminho para o domicílio de IC2 o contexto local.

Entra-se na casa pela cozinha, mobiliada com um armário aéreo, uma geladeira, um fogão a gás, um fogão à lenha e a pia com armário embaixo. A pia fica de frente para a janela nos fundos, no lado oposto da pia tem a porta que leva a uma pequena despensa onde são guardados os alimentos e alguns utensílios de cozinha. Ao lado da cozinha fica a sala de jantar, que é o maior cômodo da casa. Ali tem uma geladeira mais antiga, uma mesa com seis cadeiras, um armário e sofás. É neste local que ela recebe as pessoas. Nesta sala ficam seus livros, vários objetos que ganhou de presente e imagens de fé. Seguindo pelo corredor da casa, dos fundos para frente, no lado direito tem um banheiro simples que, após a reforma, ganhou azulejos, piso de cerâmica e barras de apoio para a sua segurança. Ao lado do

banheiro tem um cômodo onde guarda os preparados com as plantas medicinais, tinturas, óleos, pomadas e plantas secas. Uma pequena sala de estar fica na frente, que é pouco usada e onde guarda seu caderno com anotações sobre cuidado à saúde animal, suas fotografias de família e de evento que participou. Do lado esquerdo ficam os dois quartos. Um dos quartos é mobiliado com cama de casal, beliche e roupeiro. O outro quarto, no qual ela dorme, tem roupeiro, cama de solteiro e uma mesa com televisão Figura 9.

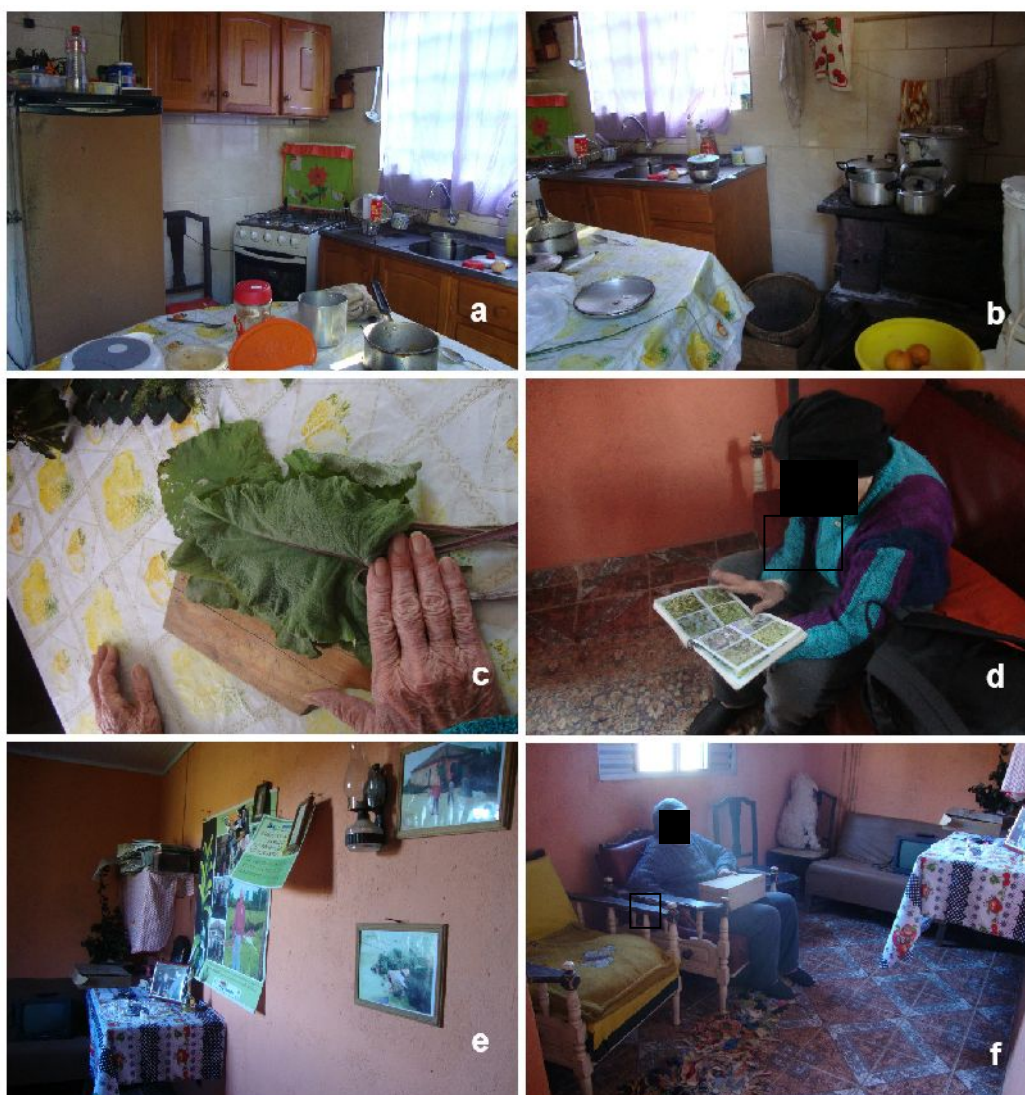


Figura 9 - Imagens retratam os principais cômodos, onde IC2 realiza o cuidado à saúde das pessoas. a) Imagem da cozinha quando se chega a casa de IC2 b) Cozinha a direita da porta de entrada. c) IC2 demonstrando a preparação das folhas da planta medicinal no uso da pomada para cicatrização. d) Na sala de jantar IC2 mostrando um de seus livros que utiliza para consultar sobre fitoterapia. e) Sala de estar lado da parede. f) IC2 sentada na sala de estar com a sua caixa de fotos.

No pátio, ao redor da sua casa, foi construída uma calçada de concreto para facilitar seu deslocamento, devido à dificuldade de locomoção. Na propriedade, próximo de sua casa, tem diversas plantas medicinais, flores, árvores para sombra e frutíferas para seu consumo. Ao lado da casa há um galpão onde são guardados utensílios agrícolas. Atrás deste galpão tem um campo cercado, onde mantém um terneiro que cria para o próprio consumo. No meio deste campo cercado tem um pequeno paiol onde guarda espigas de milho para tratar o terneiro. Outra porção do campo, a qual foi arrendada para um vizinho, está protegida por uma cerca elétrica (Figura 10).



Figura 10 - Imagens da área externa da propriedade de IC2 a) Vista da sua casa para quem passa na estrada. b) caminho para chegar na sua casa. c) IC2 ao lado do galpão que fica ao lado da sua casa, em frente a entrada para sua cozinha. d) Imagem do campo da sua propriedade com um terneiro. e) Paiol onde guarda espigas de milho. f) Caminho para a sua casa na chegada é cercado de árvores.

A senhora IC2 tem três cães vira-latas, que ficam soltos fora de casa. Além de serem grandes companheiros, também atuam como guardiões da casa. Fazem muita festa quando ela chega em casa.

Pela contextualização apresentada anteriormente, percebe-se que IC1 e IC2 tem visões de mundo bastante distintas e adotam práticas de uso das plantas medicinais no cuidado à saúde baseadas em princípios distintos. No entanto, apesar de serem pessoas diferentes, têm em comum a preocupação com o cuidado à saúde e o fato de serem referência no que se refere ao uso popular de plantas medicinais, e também a reconhecida liderança na comunidade. Além disso, ambas são mulheres, com idade avançada e não atribuem valor monetário ao atendimento às pessoas que as procuram.

Nesse sentido, para entender o cuidado e sua integralidade não se pode pensar no ser humano de forma preconceituosa, individualista, objetiva, dicotômica, mas sim de forma integral, suplantando as dicotomias presentes no cotidiano, associando objetividade e subjetividade, ou seja, entendendo esse ser humano com suas emoções, sentimentos, paixões e sensações, como um ser subjetivo, que tem manifestações objetivas, como um ser por inteiro (GELBCKE; REIBNITZ; PRADO *et al.*, 2011).

Neste subcapítulo foi apresentada a contextualização das duas interlocutoras, as quais são reconhecidas como líderes locais no cuidado à saúde. Uma é líder da ONG, e a outra é reconhecida no contexto de rural onde reside, tendo sido representante em movimentos sociais, lutando pelos direitos das agricultoras.

No momento da pesquisa, a ONG possuía 40 trabalhadores voluntários, alguns profissionais do sistema oficial de saúde, sendo que esses também recebiam cuidados neste local. Os atendimentos ocorriam em dois dias por semana ofertando diferentes terapias. Já no contexto rural de IC2 não existia a função de voluntários, o que era percebida a troca de favores entre vizinhos, com ajudas mutuas em diversas situações como por exemplo dar carona para o deslocamento até a área urbana, ajuda com tarefas de campo de cuidados a saúde.

Ambos os espaços transmitem sensação de tranquilidade, paz, e equilíbrio. Os dois contextos, urbano e rural, estão permeados pela religiosidade e espiritualidade, presentes em diferentes momentos, como no início das atividades de

atendimento ao público na ONG e nas benzeduras. Além disso, permeia a disseminação do conhecimento relacionado as plantas medicinais entre as comunidades religiosas, por meio de oficinas, programa de rádio e contato telefônico.

5.2 O cuidado e as práticas de cuidado à saúde realizado pelas interlocutoras: um enfoque cultural

Este subcapítulo propõe-se a descrever o cuidado realizado pelas interlocutoras sob um enfoque cultural, e as práticas de cuidado às pessoas que as procuram.

Nas sociedades latino americanas existem diferentes formas de atenção às enfermidades, que utilizam diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para detecção do problema, assim como várias formas de tratamento e diferentes critérios de cura. Diante disso, é necessário reconhecer essa diversidade quando nos referimos a estas formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003).

As práticas de cuidado à saúde referidas pelas interlocutoras e que foram observadas durante o período de pesquisa integram atividades de autoatenção, totalizaram 11, sendo elas: homeopatia popular, meditação, Reiki, benzeduras, plantas medicinais, acupuntura, espiritualidade, *Jin Shin Jyutsu*, relações sociais e o sistema oficial de saúde, demonstradas na figura 11. Segundo Menéndez (2009, p. 46), a “autoatenção constitui uma das atividades básicas do processo saúde/doença/atenção (s/d/a), sendo a atividade nuclear e sintetizadora dos sujeitos e grupos sociais em relação a esse processo”.

As práticas de cuidado à saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo e tradicionalmente são repassadas entre as gerações (CARREIRA; ALVIM, 2002). As práticas de cuidado de uma sociedade evidenciam as diversas formas de atenção e cuidado à saúde realizadas, expressando diferenças socioeconômicas e a importância dos aspectos socioculturais (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

Na Figura 11 estão representadas as práticas de cuidado utilizadas/indicadas pelas interlocutoras.

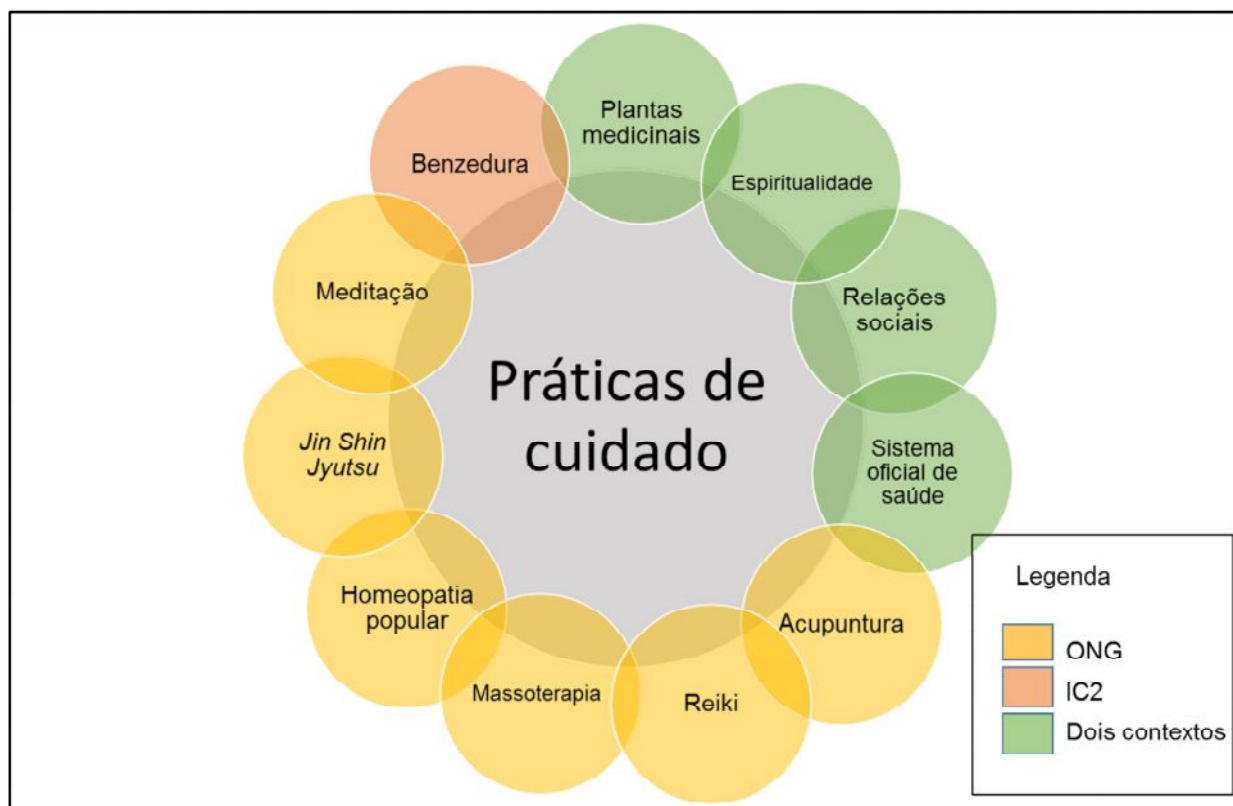


Figura 11 - Práticas de cuidado utilizadas/indicadas pelas interlocutoras.

De acordo com Ceolin (2016), as práticas de cuidado à saúde são as ações realizadas por indivíduos e grupos visando à recuperação, à manutenção das condições de saúde e a cura, como a utilização de plantas medicinais, cuidados com a alimentação, grupos de autoajuda, religiosidade/espiritualidade, curandeiros, consulta com profissionais de saúde, o contexto onde vivem, entre outras. Essas práticas estão inseridas nos diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde, tanto no sistema formal quanto no informal de saúde, e são utilizadas de acordo com as necessidades identificadas pelo indivíduo, por seu núcleo familiar ou pelo microgrupo social.

Neste contexto as práticas de cuidado foram consideradas ações praticadas e indicadas pelas interlocutoras. Entre essas estão as terapias complementares como as plantas medicinais, o Reiki, a massoterapia, a homeopatia popular, a meditação,

a acupuntura e o *Jin Shin Jyutsu*. Além disso, integram as práticas de cuidado as relações sociais, por meio de vínculos entre as pessoas e diferentes instituições, propagando as ações de cuidado e favorecendo as trocas de saberes, experiências e afetos. Nestes espaços a espiritualidade está presente, assim como a prática ritualística da benzedura. As interlocutoras também integram as práticas de cuidado com o sistema oficial de saúde, utilizando e referenciando para o mesmo.

Para Baggio e Erdmann (2010), a relação de cuidado entre as pessoas ocorre principalmente por meio de trocas, as quais possibilitam atender as expectativas individuais e/ou coletivas. Pinheiro (2011, p. 60) propõe a integralidade do cuidado como uma relação intersubjetiva, que se desenvolve continuamente e que “além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, dos desejos, e das demandas do outro”.

A partir da observação participante nos cenários das interlocutoras foi possível notar que as plantas medicinais e seus preparados são parte do processo das ações de cuidados, assim como as demais práticas que utilizam. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados. Entre estas experiências, destacam-se a Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo/Crenoterapia (BRASIL, 2006).

As **plantas medicinais** permeiam também outras práticas de cuidado a saúde realizadas pelas interlocutoras e os voluntários da ONG. Na homeopatia popular a base dos preparados é feita a partir de tintura das plantas. Na benzedura algumas plantas, tais como arruda e alecrim, são utilizadas nos rituais de purificação. Na **massoterapia** as pomadas utilizadas na ONG são preparadas no próprio local, a partir das plantas medicinais. Nas relações sociais as plantas fazem parte da vinculação das interlocutoras e outras pessoas, sejam elas vinculadas a instituições, aos voluntários ou aos vizinhos.

A **massoterapia** é uma terapia realizada por voluntárias da ONG, as quais recebem formação na própria instituição e, como retribuição pelo curso, realizam um

número mínimo de atendimentos para receberem o diploma. Geralmente são oferecidos dois cursos por ano. Esta formação ocorre aos sábados, sendo as práticas nos dias de atendimento na ONG (terças e sextas-feiras).

A massoterapia pode ser definida como uma manipulação dos tecidos moles, com a finalidade de produzir efeitos sobre diversos sistemas (DOMENICO; WOOD, 1998). A técnica é capaz de produzir vasodilatação, aumento do fluxo linfático, relaxamento muscular, alívio da dor, melhora da nutrição tecidual, sensação de bem-estar geral, além de benefícios psicológicos. Travell e Simons (1983) mostraram que a massagem pode aumentar o fluxo sanguíneo e eliminar pontos de tensão (TOSATO *et al.*, 2007).

Quanto às **relações sociais**, há particularidades entre as interlocutoras, porém visam a manutenção e ampliação das redes de cuidado. Para isso são realizadas diferentes articulações com as emissoras de rádio, trabalho de voluntariado de pessoas da comunidade e consagrados (padres e irmãs de caridade), comunidades religiosas e igrejas, instituições e órgãos públicos relacionados ao rural e aos vizinhos. As particularidades das interlocutoras podem ser observadas na figura 12.

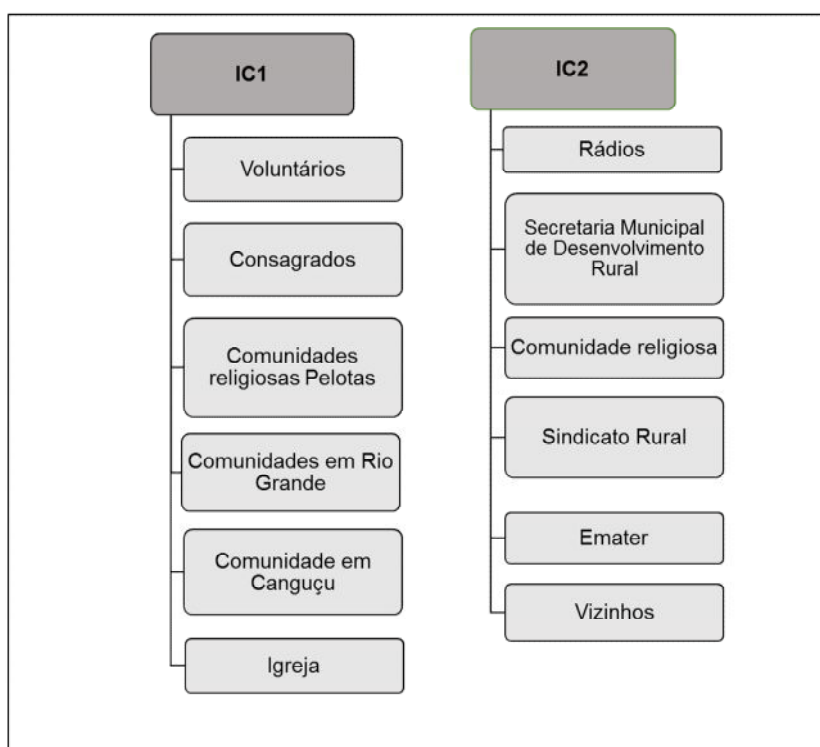


Figura 12: Relações sociais da IC1 e IC2.

Como é possível observar a partir da figura 12, o cuidado e as relações sociais de IC1 está atrelada as atividades da Pastoral Ecumênica da Saúde Popular vinculada a Igreja Católica, apesar disso as pessoas que trabalham como voluntários nestes espaços, possuem diferentes práticas religiosas/espirituais. IC1 reforça que as ações desenvolvidas pela ONG são ecumênicas. Já a articulação da rede de cuidado da interlocutora IC2 por estar vinculada aos movimentos políticos desde sua juventude é mais amplo, incluindo diferentes espaços e instituições, tais como as rádios, sindicato rural e vizinhos.

Para Iriart (2003) cada grupo social constrói códigos culturais que articulam representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais se incluem representações sobre corpo, saúde e doença, formando uma matriz cultural ou um sistema simbólico. É a cultura que fornece as lentes através das quais será realizada a leitura dos sinais corporais, contribuindo para determinar se eles serão avaliados como irrelevantes ou se, ao contrário, serão percebidos como indicadores de doença que demande ajuda terapêutica imediata (KLEINMAN, 1980). As relações sociais podem, influenciar na escolha e na avaliação das alternativas de cuidado, segundo a proximidade ou distanciamento com relação ao contexto cultural em que estão inseridos. Parte-se do pressuposto que as pessoas, no encontro terapêutico, sempre fazem uma releitura do discurso médico a partir da sua matriz cultural (MONTEIRO; IRIART, 2007).

As comunidades religiosas são espaços coletivos onde as plantas medicinais são partilhadas pelas pessoas da comunidade local e de outras comunidades. São os locais onde a IC1 realiza o atendimento as pessoas. Essa atividade ocorre em 10 comunidades no município de Pelotas, sendo nove na zona urbana e uma na zona rural. Além disso esse trabalho é realizado mensalmente nos municípios de Rio Grande e Canguçu.

De acordo com Holanda e Mello (2014, p.2) “a religião integra socialmente, uma vez que membros de uma comunidade religiosa compartilham a mesma cosmovisão, segundo valores comuns, praticando sua fé em grupo, desenvolvendo uma rede de sociabilidades”.

Nesse sentido, para Pinheiro (2007), o cuidado pode ser considerado como um valor, pois configura o “*ethos* humano, do agir em saúde” (p. 15). O *ethos*

humano possui dois aspectos inseparáveis: “a dimensão da vida individual, regida por costumes e hábitos privados; e a dimensão da vida coletiva, constituída pelos costumes e hábitos que regem a vida da comunidade”. O cuidado, como valor, ocorre na medida em que a valoração desenha o conjunto de escolhas e opções dos indivíduos, definindo o sentido da sua existência, sendo “percebido tanto por quem cuida como por quem é cuidado”. Para isso, é necessário reconhecer o *ethos* cultural de quem é cuidado (p. 21).

Com isso, o cuidado passa a ser pensado com um enfoque multidimensional, considerando a complexidade dos seres humanos e de suas relações. Nesta perspectiva, o cuidado relaciona-se constantemente com a Antropologia (LENARDT; MICHEL; DE MELO, 2011).

Espiritualidade: são as práticas realizadas a partir da fé e crenças religiosas, a qual as interlocutoras relacionam com o cuidado, a saúde, a doença, a vida e a morte. Além disso, influência nos rituais de benzedura, nos quais são solicitadas ajudas divinas do Espírito Santo e da Virgem Maria, assim como nos demais cuidados, como observa-se no relato a seguir e no diário de campo:

Então botei arruda (Utilizada em um composto de plantas medicinais, de uso externo, para alívio da dor) e precisa tu ver, quando estou louca de dor, eu passo, não sei se é a fé, ou se é o nosso Pai (Deus) que nos ajuda. Ele nos ajuda bastante e eu confio muito no meu Pai celestial. Eu passo nas minhas dores e fico pensando, parece que me tira todas as dores e eu vou dormir. (V2)

E aí eu me ajoelhei na beira da cama, eu era uma criança, eu não sabia nem rezar. Eu botei as mãozinhas postas, eles (meus irmãos) que contaram e pedi pra Deus, para que deixasse ela (mãe) ficar com nós, até eu crescer e o meu irmão crescer. O meu irmão é dois anos mais velho do que eu, mas tem os outros irmãos, que já eram adultos. (V2)

Quando retornei à sala de recepção, a irmã andava por ali. Observei que chegaram duas mulheres jovens, as quais pediram atendimento com a IC1. Após entrarmos na sala de atendimento, fechamos a porta, e as jovens, as quais eram irmãs, começaram a relatar sobre a mãe que estava muito doente. Encontrava-se internada em um hospital de Pelotas, por “problema renal” (insuficiência renal), e que tinha, “açúcar no sangue” (diabetes mellitus) e “pressão alta” (Hipertensão Arterial Sistêmica). IC1 explicou as jovens sobre a função do açúcar no organismo. Elas disseram que moravam na zona rural e que fugiram (do hospital) com sua mãe para não realizar a hemodiálise, que havia sido indicada pela equipe médica. IC1 demonstrou preocupação com o relato das irmãs, referindo que era uma grande responsabilidade retirar uma pessoa do hospital, que necessita de tratamento, apesar de duvidar dos benefícios da terapia de hemodiálise à saúde, pois acredita que enfraquece a saúde. Ela uma imagem religiosa de

uma santa (impressa), que tinha sobre sua mesa. Disse às jovens que levassem essa “reliquia” para a mãe. Segundo IC1, as pessoas nessa situação (terminalidade), devem “agarrar-se” na fé (Notas de campo, IC1, 05.08.14)

Observando as falas e a vivência em trabalho de campo, é percebido que a fé, carregada de espiritualidade é uma prática constante, e também um elemento que permeia outras práticas de cuidado, nesse sentido torna-se relevante destacar a distinção entre espiritualidade, religiosidade e religião. Para Arrieira *et al.* (2011), a religiosidade, é a expressão do envolvimento com uma religião institucional, sendo uma manifestação da espiritualidade. Já a religião é um fenômeno social que se expressa por um corpo de doutrinas e limites particulares, referindo-se à organização institucional de determinada forma de vivência religiosa. No entanto, a espiritualidade é compreendida com o princípio de que há mais na vida além daquilo que podemos ver ou entender plenamente. Embora possa ser vivenciada no âmbito da religião, também pode ser experimentada fora das estruturas religiosas formais. Ela pode relacionar-se também com o transcendental, a crença em um ser superior ou força maior. (ESPERANDIO; ZAPERLON; ZORZI *et al.*, 2015).

Sistema oficial de saúde: O sistema oficial está relacionado neste estudo conforme a classificação do referencial teórico de Kleinman (1980), ou seja são os serviços e as profissões reconhecidas pelo sistema de saúde público e privado de um país, com formação de educação formal, amparadas pelas leis vigentes.

Esse sistema é acessado e indicado pelas interlocutoras, pois consideram importante considerar praticar o cuidado integral o qual inclui o uso de medicamentos e outros tratamentos, consulta a profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos entre outros. Pois acreditam ser uma grande falha não considerar essas práticas. Por exemplo, quando em algumas situações, as pessoas procuram um atendimento com queixas consideradas complexas por elas ou com sintoma inespecífico as interlocutoras orientam que busquem atendimento no sistema oficial de saúde. Apesar disso, identificam suas limitações, como o cuidado compartimentalizado, priorizando a prescrição de medicamentos.

A **meditação**, na ONG, é dirigida por V3, um homem jovem, de aparência e fala serena, está vinculado a Nação Pachamama⁹. Nas sextas-feiras à tarde são ocorrem três grupos de meditação, com a participação das pessoas que estão presentes na ONG, tanto voluntários quanto as pessoas que procuram atendimento. V3 não classifica a meditação que praticava.

Pode-se definir meditação como uma prática que engloba um conjunto de técnicas que buscam treinar a focalização da atenção plena à consciência do momento presente, associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional (SHAPIRO; SCHWARTZ; SANTERRE, 2005). Enquanto no Oriente meditar é sinônimo de busca espiritual, no Ocidente, a palavra meditação tem sido utilizada para descrever práticas auto-regulatórias do corpo e da mente (CAHN; POLICH, 2006; GOLEMAN, 1988). A prática meditativa pode ser dividida em duas formas principais concentrativa e a *mindfulness*. Na prática, estas duas formas caracterizam a meditação do tipo passivo - sentada e silenciosa - e podem ser empregadas em uma mesma sessão. A concentrativa ocorre quando há o treino da atenção sobre um único foco, como a respiração, a contagem sincronizada à respiração, um mantra ou algum som, entre outros; sempre que houver uma distração, o praticante deve simplesmente retornar sua atenção ao foco. Já a *mindfulness* é caracterizada pela consciência da experiência do momento presente, com uma atitude de aceitação, em que nenhum tipo de elaboração ou julgamento é utilizado (SHAPIRO; SCHWARTZ; SANTERRE, 2005). Nesse contexto, V3 não mencionou a classificação da meditação que pratica.

A meditação é uma prática muito antiga, com origem nas tradições orientais, estando especialmente relacionada às filosofias do yoga e do budismo (LEVINE, 2000).

O ***Jin Shin Jyutsu*** é uma prática terapêutica realizada na ONG por um grupo de mulheres. Ocorre nas terças-feiras à tarde. Para acessar esta prática as pessoas precisam ser encaminhadas por IC1, a partir disso, esse grupo de mulheres realiza um plano terapêutico para determinar o número de seções. O depoimento a seguir, de V4, descreve essa prática.

⁹ A Nação Pachamama é uma organização que segue a inspiração de antigas tradições de povos andinos, que buscam compreender e valorizar à Mãe-Terra como fonte de toda vida. (FLORES, 2016).

Jin Shin Jyutsu é a arte do Criador no homem. É uma técnica japonesa, surgiu através do Jiro Murai, que teve um câncer. Ele fez um retiro e, trabalhando com as mãos, adquiriu a cura. É uma técnica de distribuição da energia da própria pessoa. Já o Reiki é energia cósmica. O *Jin Shin Jyutsu* é a distribuição de energia no corpo da própria pessoa, é a energia dela mesma. Porque a energia parada, pode faltar em outros lugares e causar doenças (V4).

A prática do *Jin Shin Jyutsu* tem como objetivo despertar bem-estar, vitalidade, dissolver o estresse e estimular a capacidade natural de regeneração. É uma arte de harmonização do corpo, mente e espírito através de toques com as mãos em 26 áreas do corpo onde a energia vital se concentra. Promove relaxamento profundo e reduz os efeitos do estresse, fator desencadeante de muitas doenças do homem moderno (BRASIL, 2011).

A **homeopatia popular** é uma terapia muito utilizada e indicada na ONG Casa do Caminho, sendo em muitas situações a primeira opção de prática de cuidado indicada pela senhora IC1 A maioria das homeopatias produzidas na ONG são realizadas a base de tintura das plantas medicinais.

A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se mais uma opção de tratamento à saúde (BRASIL, 2006).

Da homeopatia Hahnemanniana, nasceu a homeopatia popular. Ela segue os mesmos preceitos e princípios, embasando sua concepção de saúde e cura, na Lei dos semelhantes. Entretanto, diferencia-se da homeopatia institucionalizada, a qual é uma especialidade médica adquirida com um curso de pós-graduação lato sensu, tendo como agente um(a) médico(a). Neste sentido, Passos (1994) refere que a homeopatia popular constitui em um método de cura integral da pessoa humana, por

considerar as circunstâncias concretas de vida das pessoas, com suas características peculiares, próprias, individuais e irrepetíveis, que as tornam singulares entre outros indivíduos da espécie humana. A origem das homeopantias ou medicamentos homeopáticos é toda a natureza, os seus recursos naturais. Estes, para se tornarem homeopantias precisam sofrer dois processos de transformação: diluição e dinamização.

Apesar de ter os mesmos princípios Hahnmannianos, em muitos aspectos a homeopatia popular se diferencia da homeopatia médica. Seu ressurgimento no Brasil se deu na década de 1980, a partir de ações realizadas pela Pastoral da Saúde e pelo Movimento Popular de Saúde de Mato Grosso (AMARAL, 2008). Atualmente, a formação dos agentes da homeopatia popular ocorre sob orientação da Associação Brasileira de Homeopatia Popular – ABHP, a qual promove cursos em todas as regiões do Brasil, utilizando o método de aprender fazendo e ensinar aprendendo.

O **Reiki**, por sua vez, está relacionado às energias do universo vinculadas à busca do equilíbrio. Na ONG ocorre atendimento com a terapia do Reiki nas terças e sextas-feiras. Além do atendimento, pelo menos uma vez ao ano é ofertado um curso para formação de Reikianos que possam trabalhar também como voluntários.

O Reiki constitui um tipo de terapia de cuidado à saúde que é realizado a partir da imposição das mãos, utilizado para o aumento da energia vital e do fortalecimento do sistema imunológico, além de tratamento do corpo físico. Atuando nos chamados corpos sutis: etéreo, mental, emocional e espiritual, trazendo benefícios que vão além do corpo físico e agindo profundamente não somente nos sintomas, mas na causa destes (HONERVOGT, 2005; SANDER, 2012). Segundo Klatt e Lindner (2009) a palavra japonesa rei-ki compõe-se de duas sílabas: rei, que descreve o aspecto cósmico, universal, a energia, e ki, que significa a força vital fundamental que flui e pulsa em todos os seres vivos em formação individual. A imposição das mãos pelo Reikiano direciona a energia de cura para o corpo do receptor, que flui de forma vigorosa. O doador de Reiki serve como canal para transmitir a energia vital universal. Assim, nenhuma energia pessoal é absorvida ou drenada do doador, que é simultaneamente, após cada sessão de Reiki, recarregado e fortalecido (FREITAG *et al.*, 2014; KLATT; LINDNER, 2009).

A **acupuntura** é uma terapia milenar, realizada na ONG uma vez por semana por uma fisioterapeuta voluntária com especialização em acupuntura. O atendimento é coletivo, realizando o cuidado para até sete pessoas no mesmo espaço, o qual dispõe de três macas e cinco cadeiras. As pessoas que necessitam de cuidado para a coluna recebem o atendimento nas macas, as demais acomodam-se nas cadeiras.

A acupuntura era, na verdade, a ideia que eu tinha de trabalho voluntário. Era isso, era trabalhar a saúde e não a doença, e que o foco fosse a saúde. Aí, quando eu vim trabalhar com a IC1, eu fiz essa proposta pra ela, de rodas de atendimento, e ela achou ótima a ideia. No começo não foi muito fácil, porque essa não é uma prática da Casa (ONG), a qual faz atendimentos individuais. Alguns voluntários acharam engraçado, porque acharam que tinha muita conversa para o atendimento, mas a ideia era essa. Quando se conversa sobre os problemas e as situações, nós observamos que todo mundo tem algum problema, e isso faz com que a gente saia daqui com força para olhar para a nossa vida de outra forma, com um novo olhar, um olhar mais maduro, um olhar entendendo que aquilo faz parte da vida. Às vezes a gente chega meio desmotivada, mas sai daqui bem, eu sempre digo que eu saio na sexta-feira a milhões daqui, então eu acho que o voluntariado tem um efeito completamente ao contrário ou maior do que tu pensas no começo, é um efeito muito mais em ti, no teu ser, do que tu pensas. Então, eu acho que quem começa com voluntariado dificilmente, depois, para de ser voluntário (V5).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico, o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2006).

A **benzedura** compreende rituais que se utilizam da fé e crenças religiosas juntamente com as plantas medicinais, com rezas específicas para cada situação de cuidado à saúde. Segundo Nery (2006), a benzedura é a mais viva forma da cultura nascida do povo e praticada pelo povo. No sentido mais literal do dicionário (FERREIRA, 2008), benzer significa “fazer o sinal da cruz sobre pessoa ou coisa, recitando fórmulas litúrgicas para consagrá-la ao culto divino ou chamar sobre ela o favor do céu, abençoar”. Conforme Nery (2006) a benzedura é um ato de súplica, de imploração, de pedido insistente a Deus, anjos e santos para que eles se dispam

dos seus mistérios e se tornem mais presentes, mais concretos, para que tragam boas novas, produzindo benefícios aos mortais. De acordo com Oliveira (1985) a bênção é um veículo que possibilita ao seu executor estabelecer relações de solidariedade e de aliança com os santos, de um lado, com os homens de outro e entre ambos, simultaneamente.

A Interlocutora IC2 aprendeu as benzeduras no idioma pomerano com seus familiares avó, mãe e pai, e mantém esse costume. Para explicar as benzeduras à pesquisadora ela traduzia para a língua portuguesa. Segundo Nery (2006), o ato de benzer ou de curar é a ritualização das coisas da fé, em que muitas vezes se misturam o sagrado e o profano.

Bahia (2011) investigou descendentes de imigrantes pomeranos no Espírito Santo, os quais tratavam casos de doença através de simpatias e benzeções, sendo o ensinamento das benzedadeiras repassado por algum membro da família que detinha esse conhecimento mágico.

As informações sobre a benzedura como prática de cuidado, fazem parte do contexto da interlocutora IC2 na figura 13, sendo este o principal motivo pelo qual ela é procurada pelas pessoas para o cuidado à saúde.

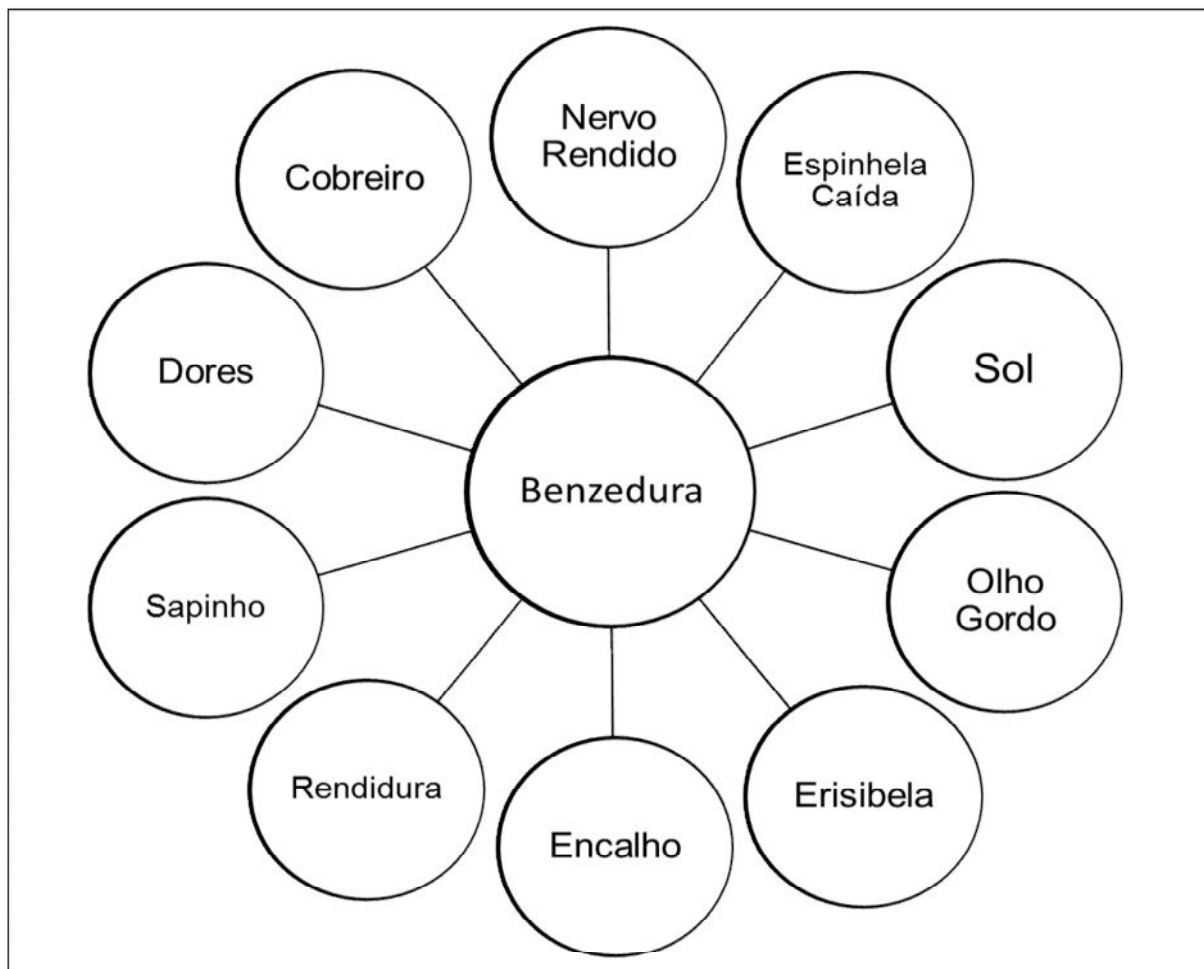


Figura 13 - Diferentes práticas de benzeduras realizadas por IC1

Há um respeito à religião como instituição, mas há uma necessidade popular de fazer prevalecer à tradição. As benzedadeiras e benzedores, como educadores sociais, exercem uma peculiar liderança espiritual e carismática. São frequentemente procurados e respeitados pela comunidade, por pessoas de todas as idades (BALDINO *et al.* 2015).

As manifestações populares, como as benzeduras, povoam o imaginário popular coletivo e sua transmissão cultural segue as formas tradicionais sobre as quais repousam o universo de saberes da tradição. Como atividade de expressão de fé, do dom, da missão familiar, da ordem moral, da caridade como princípio e gesto, a isenção de valores financeiros, instituem este universo simbólico das manifestações culturais populares. São educativas porque mobilizam saberes, práticas como experiências de vida, enfim, no processo de formação humana (BALDINO *et al.* 2015, 339p.).

É por isso que, apesar do tempo e dos avanços da medicina, a tradição dos benzedores ainda persiste na sociedade capitalista (NERY, 2006).

Cada benzedor tem a sua própria forma de benzer, porque a cada um foi dado um dom para curar. Um dom que se traduz na fé, aprendida com seus antepassados e de onde aprenderam a ver o mundo que os cerca (NERY, 2006). A seguir estão descritas cada uma das benzeduras citadas e explicadas por IC2.

Nervo Rendido: quando a pessoa sente uma forte dor muscular ou nas articulações, limitando a sua funcionalidade. Nos termos técnicos de saúde seria equivalente a entorse, luxação, distensão e contusão muscular. Na sabedoria popular, devido à dor, muitas vezes as pessoas confundem músculo com nervo, o que não está totalmente em desacordo com o conhecimento científico da área da saúde. O que causa a dor muscular é a inervação do sistema nervoso central existente no músculo voluntário, para o controle consciente do movimento desejado. Por isso, na fala a seguir da interlocutora IC2, ela se refere aos nervos:

Nervo rendido é quando destronca e o nervo fica fora do seu lugar. É quando desloca o nervo. (IC2)

Nery (2006) também descreveu a benzedura para nervo rendido, o qual também foi denominado de mau jeito ou carne quebrada.

Espinhela caída: é um problema causado por dor aguda na região torácica, devido a esforço físico, então pode-se dizer que é uma dor muscular. Segundo a interlocutora IC2:

é o peito aberto [...] causado por um serviço que a pessoa fez, quando levanta assim, para cima, abre aqui, quer dizer, abre o peito aqui e aquilo começa a doer. (IC2)

A *espinhela caída* também é denominada de peito caído, peito aberto, vento caído ou arca caída. Segundo a crença popular é causada por algum objeto muito pesado que a pessoa carregou (NERY, 2006).

Sol: é a benzedura utilizada para insolação, quando a pessoa tem dor de cabeça contínua por excesso à exposição ao sol. É uma benzedura em que se utiliza, além da reza, água e sal, como explica a senhora IC2

Tu pega uma garrafa, pega um punhadinho de sal, assim, na mão, e fica em frente ao fogão à lenha. Com aquele sal e com a garrafa, a pessoa deixa aquele sal cair devagarinho para dentro da garrafa com água, enquanto isso vai rezando o Pai Nosso. E aí tu corta o sol, quando tu bota aqui, tu pega água morna e despeja para dentro. Aí tu diz o nome da pessoa, tu recebestes o ensolado e não terás mais o ensolado, em nome de Deus Pai, Filho e Espírito Santo. Repetir três vezes. (IC2)

Cobreiro: é uma alteração na pele com formação de bolhas, com crostas, prurido e secreção do conteúdo das vesículas, cujas lesões vão se espalhando. Dizem, no contexto popular, ser causado muitas vezes pela passagem de animais peçonhentos por cima da pessoa à noite ou em sua roupa estendida no varal. Em relação à causa do cobreiro no estudo de Nery (2006) todos participantes concordavam que o cobreiro vinha de algum animal “peçonhento” como a aranha, a lagartixa ou o sapo. Quando estes bichos passam em cima de uma roupa estendida no quintal podem largar o cobreiro.

Para tratar o *cobreiro* IC2 explica como se utiliza a benzedura:

Porque o cobreiro é assim, tu pega a folha (arruda ou alecrim) para cortar (com a tesoura ou faca) e aí pergunta para a pessoa: *o que eu corto?* Daí, o que tem a ferida responde: *cobreiro brabo*. E aí tu diz assim, para ti: *cobreiro brabo, a cabeça e o rabo, e o meio do coração, a cabeça e o rabo, e o meio do coração*. Três vezes. E quando findo, então, em nome de Deus e da Virgem Maria. Isso tem que ser na rua. (IC2)

Dores: Existe uma benzedura utilizada para alívio das dores. Segundo IC2:

As dores, é quando alguém trabalha muito (esforço físico excessivo), mesmo que não acredite (em benzedura), tu começa a esfregar assim (no local da dor) e vai passando, fazendo massagem. (IC2)

A benzedura para as *dores* é realizada da seguinte maneira:

Todas as dores se aliviarão, porque Cristo as abençoou, em nome de Deus Pai, Filho e Espírito Santo. (IC2)

IC2 também explica, para quem acredita na benzedura também realiza o sinal da cruz:

Para quem tu tem certeza que não acha graça, quando tu disser as três últimas palavras tu faz o sinal da cruz. Três vezes repete, a gente reza três vezes e o sinal da cruz também três vezes. Mas nunca se diz *Amém*, não sei por que. (IC2)

Sapinho: São lesões que ocorrem na boca das crianças, conhecida com o termo técnico da saúde como monilíase, causada por *Candida albicans* (ABÍLIO *et al.*, 2014). IC2 relatou benzedura para *sapinho*:

Havia um menino que teve sapinho e aquilo bandeou (disseminou). Deu na boca e deu no saquinho (saco escrotal). E aquilo lá é horrível. Ali (saco escrotal) se faz a mesma benzedura que se faz na boca, benze os dois locais. (IC2)

A senhora IC2, expressa a benzedura para *sapinho*:

Tua boca não está podre, tua boca não apodrecerá, tua boca assim secará. Tua boca não está podre. Tua boca não apodrecerá. Tua boca pega ramos verdes e limparás. Em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo. (IC2).

Rendedura: É o nome popular dado para hérnia inguinal. Na explicação da senhora IC2:

A rendedura dá nas partes (genitais), na virilha, quando a pessoa faz força ou depois de uma cirurgia. Isso é uma hérnia. A benzedura é feita na casca da figueira. Tu diz o nome da pessoa, “assim como fechará essa casca, fechará a tua hérnia. Em nome de Deus e da Virgem Maria”, e aí marca o pé (risca com uma faca ao redor do pé da pessoa) em cima da raiz da figueira e vai tirando aquela casca dali. Com o tempo, conforme aquela casca vai crescendo de novo, se juntando de novo, se junta a rendedura. Três vezes a gente bota o pé direito descalço em cima da figueira e marca. “A raiz da figueira fechará a tua rendedura”. Eu gosto mais de fazer isso no dia de sexta-feira santa. Em geral essas coisas mais especiais eu tenho dia especial para fazer. (IC2)

Encalho: É considerado quando *parou* algo no estômago, como comida ou até mesmo água, ou seja, como uma congestão. Na explicação de IC2:

Encalho pode ser comida parada ou água parada. As vezes o encalho vem só da água, a pessoa tomou uma água que parou errado no estômago, aí começa a dar diarreia, não sabe do que é. (IC2)

O ritual da benzedura de *encalho* é diferente para adultos e crianças.

É feito com ovo, a gente mede a barriga bem por cima do umbigo da pessoa, aquele comprimento, rebenta a linha e enrola na volta do ovo. Depois bota o ovo com uma colher dentro do fogão a lenha, na brasa viva. Se tem encalho a linha não queima, mas dá cada estouro! Com adulto a gente benze, esfrega aqui (região epigástrica) e depois esfrega nas costas e depois puxa. Quando tem encalho, estrala. Já na criança pequena eu não gosto muito de quebrar o encalho, porque a gente pode até deslocar a criança, então prefiro, eu só faço com ovo. (IC2)

Olho gordo: também reconhecido como mau olhado ou quebrante, é um problema que atinge a saúde, mas é causado principalmente pela inveja de uma pessoa para outra. Essa inveja pode ser consciente, desejando o mal da outra pessoa, ou inconsciente, pelo excesso de admiração ou por desejar um bem material ou situação de felicidade de outra pessoa. Isso fica evidenciado no relato a seguir:

Olha, o filho da agente comunitária de saúde que trabalha no Cerrito Alegre, chorava dia e noite. O guri não queria dormir no escuro, gritava, a mãe fazia tudo e nada adiantava. Ele enxergava coisas que os outros não enxergavam. O médico disse: “eu não tenho mais nada para o teu filho, vai lá na IC2”. E aí eu benzi ele. O cunhado dela tinha se enforcado, era o espírito que estava em cima da criança. Eu disse para ela: “ele (o cunhado falecido) gostava muito de flor, quando tu puder, pois tu faz um buquezinho e pede para o guri (filho) botar no túmulo”. (IC2)

As benzedeadas costumam rezar mais para as crianças, principalmente nas situações mais comuns como, o quebranto (ou quebrante, ou mau-olhado). Esse é reconhecido quando a criança está “enjoada, birrenta ou com suas rotinas cotidianas alteradas”. A situação ocorre porque, segundo as benzedeadas, alguém “colocou um olho ruim sobre a criança”. Esse alguém pode ser uma pessoa desconhecida ou algum parente, até mesmo os próprios pais. Quanto maior o grau de parentesco, pior é o quebranto. A solução é levar a criança para benzer, e para que a reza dê resultado é necessário que a benzedura seja feita três vezes. As palavras são pronunciadas em tom muito baixo, de forma sussurrada, o que nos impede de compreender o que é falado. Segundo as benzedeadas, são orações destinadas ao anjo-da-guarda da criança, pois cada uma ao nascer tem um anjo que lhe protege por toda a vida. Além disso, as rezas são acompanhadas de muitos gestos e do uso de alguma planta medicinal (NERY, 2006).

Erisibela:

É uma ferida que fica bem vermelha, um vermelho arroxeadado, que arde muito, e corre um líquido. E quanto mais amolecida, pior fica. (IC2)

A senhora IC2, expressa a benzedura para *erisibela*:

Santa Maria Mãe de Deus passeia pelo mundo levando em suas mãos três rosas, a primeira ela deu de presente, a segunda ela ficou pra ela e a terceira ela deixou murchar. Em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo É, é. Mentalmente que a gente faz isso. Sopra por cima, a hora que eu sopro eu digo em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo. (IC2)

A descrição da *erisibela* refere-se ao que é considerado no sistema oficial de saúde uma úlcera venosa¹⁰.

No contexto semântico a palavra *erisibela* pode ser associada a classificação da doença erisipela, utilizada pelo sistema oficial de saúde. A erisipela é uma infecção cutânea aguda de etiologia essencialmente estreptocócica. É uma celulite superficial com intenso comprometimento do plexo linfático subjacente. A condição é caracterizada por hiperemia, edema, dor e aumento da temperatura no local da lesão, acompanhado por febre, calafrios, mal-estar e muitas vezes náuseas ou vômitos (EMPINOTTI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; SOUZA, 2003).

As plantas medicinais permeiam diversas práticas de cuidado à saúde realizadas pelas interlocutoras. A homeopatia popular, na ONG, e a benzedura, na área rural, são as primeiras opções de prática de cuidado indicadas nos seus respectivos espaços.

¹⁰ A úlcera venosa (UV), causada principalmente pela insuficiência venosa crônica, é o mais frequente problema terapêutico de lesões nos membros inferiores. Além disso, as pessoas com UV podem apresentar sintomas como dor, feridas exsudativas e com odor fétido, alteração da autoimagem corporal, diminuição da mobilidade e desconforto devido aos curativos (ARAÚJO *et al.*, 2016).

5.2.1 O cuidado à saúde expresso em nuvens de palavras

Ao analisar as entrevistas gravadas, codificadas no software NVivo, relacionadas a ONG, foi elaborada uma nuvem (Figura 14) contendo as 30 palavras mais frequentes, com quatro letras ou mais.



Figura 14 - Nuvem com as 30 palavras mais frequentes relacionadas a ONG, referidas nas entrevistas gravadas.

A partir dessa nuvem, observa-se que as palavras predominantes estão relacionadas ao cuidado à saúde, prevenção e tratamento de doenças realizado na ONG e trabalho voluntário é essencial por ser a base para a organização e execução das atividades realizadas. É um espaço onde ocorrem diversos atendimentos como acupuntura, massoterapia e homeopatia, proporcionando conversas entre as pessoas que procuram o serviço e os voluntários, além de *cur*sos de qualificação. As plantas medicinais são utilizadas *in natura* (principalmente as folhas), nas diversas terapias e diferentes modos de preparo, como tintura/compostos, loção, xarope e chá por infusão. Nesse contexto, a palavra *problema* não está relacionado apenas a

doença, mas a conflitos familiares e de vulnerabilidade social (financeiro, conflitos dentro do contexto social e violência). Além disso, as palavras *casa* e *caminho* aparecem em destaque, por se tratar do nome da ONG, Casa do Caminho, que segundo IC1 tem esse nome por ser uma ONG que se propõe a encaminhar para o bem e para a saúde as pessoas que procuram.

A ONG também é um local onde ocorrem pesquisas científicas vinculadas as universidades (UFPEL, UCPel e FURG). Além disso, os voluntários são estimulados a ampliarem seus conhecimentos, qualificando suas práticas de cuidado à saúde. Estes momentos em busca de novos saberes são proporcionados pelas trocas entre os voluntários, e as informações adquiridas no acervo bibliográfico do local. A interlocutora IC1 explica como ocorre esse processo:

Eu faço pesquisa em vários livros de homeopatia, fitoterapia e livros antigos de médicos. As voluntárias que trabalham com a gente sempre estão pesquisando. Eu dou um problema para elas, elas vão para casa pesquisar, depois me trazem o porquê da doença e qual é o remédio próprio para isso. Faço isso, para que elas possam aprender bem, porque a gente não é eterna. O dia que eu não estou, o dia que eu tenho que viajar, elas podem ficar atendendo tranquilas. (IC1)

A partir do relato de IC1 evidencia-se sua reflexão em relação a finitude, *a gente não é eterna*, e a continuidade do trabalho na ONG. Pensando nisso, propõe às voluntárias estudos de caso objetivando a ampliação do conhecimento para os momentos nos quais não está presente para os atendimentos.

demandas pessoais, até para os atendimentos e encontros realizados na comunidade. O seu conhecimento está fundamentado em livros, sendo compartilhado em cursos, relacionados as plantas medicinais e suas diferentes formas de preparo, como pomada milagrosa, infusão, tintura e xarope e sobre o cuidado aos animais, pois considera-se enfermeira veterinária. Para a interlocutora, o telefone é o principal meio de comunicação, acessando sua rede social. Além disso, esse meio de comunicação é utilizado para o esclarecimento de dúvidas relacionadas ao cuidado humano e de animais e para sua participação em programas de rádio semanais, abordando o cuidado à saúde com uso de plantas medicinais.

Desse modo, o cuidado informal é transmitido ou realizado culturalmente por pessoas muito próximas e baseados em relações de confiança e de afeto e, conseqüentemente, necessita de contextualização dos saberes (BUDÓ *et al.*, 2008). Nesse cenário, é necessário que o profissional de saúde do sistema oficial estabeleça relações participativas e interativas na construção de práticas integrativas compartilhadas, que possibilitem a criação e recriação de valores que os tornam sujeitos críticos, reflexivos e transformadores da realidade social (PROCHNOW; LEITE; ERDMANN, 2005).

Para poder estabelecer relações interativas entre os profissionais de saúde do sistema oficial e do sistema informal é necessário conhecer a realidade do contexto local e os valores culturais envolvidos nas práticas de cuidado.

Para IC2 o cuidado à saúde é:

Cuidado é higiene, se toma remédio, tem que tomar na hora certa, não tomar mais, nem menos. Se é para cinco dias, é para cinco dias, se é para sete dias, é para sete dias e daí por diante. Porque esses são os principais cuidados, quando tem febre então é remédio para baixar febre ou banho. Aí é que está! Porque as vezes a pessoa, se ela está toda saúde, sai para um vento frio, o que pode acontecer? Uma pneumonia, uma infecção de garganta. Sempre na época da mudança das estações, do outono para o inverno. Aquilo não tem cuidado que chegue. Outra coisa é a alimentação, adianta muito, porque comer muita porcaria, principalmente as coisas fritas. Porque eu sempre digo, a pessoa deveria fazer seis refeições por dia. Que aí ela não cria gordura no meio das tripas, porque é a gordura ruim que fica no fígado. E aí depois vem aquelas barrigonas. (IC2)

Nesta fala de IC2 pode-se destacar dois grandes grupos de cuidados à saúde, o primeiro relacionado com a condição de doença estabelecida ou que irá ocorrer. Neste grupo IC2 associa práticas de cuidado domiciliares ao do sistema oficial de saúde, como o uso adequado de medicamentos, cuidados domiciliares como o banho, e relacionado as mudanças de temperaturas e as estações do ano. O segundo grupo, está associado a promoção da saúde, vinculada a uma alimentação regrada, e quando esta é inadequada, *comer muita porcaria*, resulta em consequências para o organismo.

O cuidado à saúde envolve comportamentos e atitudes, os quais variam de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido (WALDOW, 2012).

Neste contexto, a autoatenção caracteriza-se como um cuidado que valoriza as ações coletivas de qualidade de vida no contexto da família, grupo de amigos, na comunidade, no âmbito religioso e com profissionais de cura (MENÉNDEZ, 2003), a exemplo das interlocutoras desta pesquisa.

Para o autor, as práticas de autoatenção podem ser definidas em uma perspectiva ampla e restrita. Amplamente, podemos percebê-las como todas as práticas que asseguram a reprodução biossocial das pessoas e do grupo. Essas atividades estão ligadas aos processos socioculturais que contribuem para sua continuação, tais como: os usos de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade. Em uma perspectiva mais restrita, pode ser concebida como todas as atividades realizadas pelas pessoas no sentido de prevenir, diagnosticar, perceber, atender, curar ou solucionar os males que afetam a sua saúde. A partir desta perspectiva, podemos incluir não apenas os cuidados e prevenção de doenças, mas as atividades de preparação e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, o ambiente imediato e do corpo, a coleta e utilização de água, etc. Assim, a definição restrita refere-se a representações e práticas intencionalmente aplicadas ao processo saúde/enfermidade/atenção (MENÉNDEZ, 2009).

Para IC1 o cuidado a saúde está aliado com a prevenção, relacionado as ações de limpeza, higienização e com a alimentação:

O cuidado é uma prevenção de saúde, também a limpeza. Ensinar a fazer a limpeza, ensinar plantar para ter as suas plantas, ter suas ervas, ter o seu alimento tirado de suas próprias hortas. Então isso, tudo vem somar para que não ocorra a doença. Que o teu alimento seja tua vida, tua saúde. Não é só carne que devemos comer, as carnes são para as feras, nós não somos feras. A gente pode comer carne (gado) uma ou duas vezes por semana, pois tem tanta coisa boa que se pode fazer na cozinha, tanto alimento, que não há necessidade só de carne. Nosso trabalho é que um dia a gente coma peixe, outro dia frango, outro dia é carne (gado) e outro dia é carne de porco. Mas também a verdura e muita salada. Mais verdura crua do que cozida. Os sucos naturais, nada de químico, então isso é importante para que a pessoa tenha saúde. Não abusar, porque há muito abuso com o cigarro, com bebida, e qualquer tipo de bebida, esses refrigerantes, enlatados, essas coisas tem que ter muito cuidado. (IC1)

Para IC1, o cuidado está relacionado a prevenção, a higiene, ao cultivo e ao consumo de alguns alimentos, evitando comidas industrializadas, *nada de químico, refrigerantes* ou *enlatados*. Para Ramos (2012), a associação de alimentos consumidos, estão relacionados a condição de saúde, ligada diretamente às práticas criadas pela indústria alimentar e marcadas pelo excesso de produtos artificiais, em detrimento do consumo dos produtos regionais e com a forte tradição cultural. Segundo Mintz (2001), a comida carrega consigo uma espécie de carga moral, resultando no caráter de quem a consome, pelo modo que aingere.

A alimentação possui um aspecto cultural importante, desse modo, o ser humano é permeado pela cultura em todos os aspectos da vida (BUDÓ *et al.*, 2008). Segundo Geertz (2008), a cultura é conceituada como uma teia de significados elaborados por um grupo social, para perceber, entender e organizar o mundo em que se vive, ou seja, a cultura é um sistema de símbolos local e específico. Nesse sentido ela é um processo dinâmico influenciado por diversos fatores históricos, econômicos, sociais, políticos, geográficos e de cuidado.

A relação de cuidado entre as pessoas ocorre principalmente por meio de trocas, dentre elas está a alimentação, que possibilitam atender às expectativas individuais e/ou coletivas, relacionadas às condições ambientais, culturais e sociais (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O sistema popular de conhecimentos traz contribuições e enriquecimento para a prática de enfermagem, tendo em vista que possibilita entender melhor as relações familiares, as crenças pessoais e, de uma maneira mais abrangente, as condições sociais de vida dessas pessoas. Entretanto, esse processo de construção de um cuidado profissional mais condizente e aproximado com o saber popular só poderá se efetivar a partir do entendimento e do respeito sobre a diversidade cultural humana (BUDÓ *et al.*, 2008).

A utilização da antropologia e de seus métodos para abordar e ilustrar situações de cuidados permite à enfermagem captar como se estrutura a situação sociocultural e identificar os significados do processo saúde-doença-cuidado para decodificá-los. Dessa maneira, permite a descoberta da dimensão simbólica dos cuidados que podem levar a uma atenção de saúde que se desloque do eixo centrado no modelo biomédico para uma visão integrativa e complexa da realidade, possibilitando novas leituras e novos olhares (GIL; GIMENO; GONZÁLEZ, 2006; LENARDT; MICHEL; DE MELO, 2011). A promoção de um cuidado integral e ético exige que o enfermeiro reconheça a importância de articular o cuidado profissional que ele realiza com as demais manifestações de cuidado informal no contexto sociocultural e histórico da pessoa cuidada (FLORES *et al.*; 2011).

O cuidado realizado pela enfermeira, é influenciado por diversos fatores: em como foi cuidada no seu contexto familiar; pela formação acadêmica; pelo sistema oficial de saúde; pelas políticas governamentais de saúde; entre outros. Para realização do cuidado integral, é imprescindível que a profissional considere as diferentes práticas de cuidado utilizadas pela população, e não apenas as aprendidas no decorrer da sua formação acadêmica (CEOLIN, 2016).

Pinheiro (2011, p. 60) propõe a integralidade do cuidado como uma relação intersubjetiva, que se desenvolve continuamente, e que, “além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, dos desejos, e das demandas do outro”.

A partir do que foi discutido e apresentado no decorrer desse capítulo, foi possível descrever o cuidado realizado pelas interlocutoras. O cuidado à saúde está associado com a condição de doença estabelecida ou que irá ocorrer e a promoção da saúde, vinculada a uma alimentação regrada, aliado a prevenção e as ações de

higienização. No contexto das interlocutoras, às relações sociais visam a manutenção e ampliação da rede de cuidado. Para elas, o cuidado está relacionado a uma visão integral, por meio da prevenção e do tratamento de doenças, assim como a realização de benzeduras, permeado pelas relações familiares, entre os voluntários, vizinhos e com a comunidade.

5.3 O cuidado com as plantas medicinais para a saúde

As plantas medicinais fazem parte de um universo repleto de significados, tanto para quem usa, quanto para quem recomenda. Sua eficácia vai além da proposta apenas biológica/farmacêutica, faz parte de um conjunto de cuidados que procura integrar todos os aspectos da vida das pessoas e suas famílias, fazendo sentido em seu contexto local e de comunidade¹¹.

Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo apresentar o levantamento etnobotânico e sistematizar o conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais, de acordo com as características terapêuticas no cuidado à saúde.

“Desta interação, as plantas são as principais fontes de alimentos, remédios, condimentos, abascantos (talismãs ou amuletos), fitoartesanatos, combustível e abrigo” (SILVA-JUNIOR; MICHALAK, 2014, p.41). Dentro deste contexto, Costa (2002) discorre que a etnobotânica passa a ser um importante instrumento para levantar, compreender e registrar os dados sobre o conhecimento popular, as plantas e o entendimento da comunidade em relação ao meio ambiente que a cerca (COSTA, 2015).

A etnobotânica é a área científica que estuda a interação entre as comunidades humanas e as plantas (RODRIGUES, 2007). Esta ciência está conformada sobre o campo multidisciplinar que inclui aspectos das ciências biológicas e das ciências sociais, especialmente da antropologia (AMOROZO, 2002). A etnobotânica também pode ser entendida como o estudo que possibilita a integração conhecimento vernacular¹² e o conhecimento científico. (COSTA, 2015; STRACHULSKI; FLORIANI, 2013).

¹¹ Segundo Comerford (2005), comunidade é o termo utilizado para designar um grupo delimitado por alguma característica em comum, neste caso, o cuidado realizado pelas interlocutoras, também podendo ser uma qualidade específica das relações entre o grupo, como proximidade social e familiar.

¹² Vernacular é tudo aquilo que é próprio da região em que existe, sem estrangeirismo (FERREIRA, 2008).

5.3.1 Levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas durante o cuidado realizado pelas interlocutoras

A partir das indicações e orientações relacionadas às plantas medicinais pelas interlocutoras IC1 (líder de uma ONG de cuidado à saúde), D.T. (voluntária dessa ONG) e IC2 (líder comunitária na comunidade rural onde reside), que fizeram parte desta pesquisa, foi realizado um levantamento etnobotânico. As plantas medicinais e seu uso estão descritas no Quadro 1 (Figura 16).

Durante o período de trabalho de campo (observação participante dos cuidados e da coleta das plantas medicinais em campo), foram indicadas e citadas pelas interlocutoras um total de 76 plantas medicinais, sendo que destas 41 foram na ONG, referidas pela líder IC1 e pela voluntária V2. As demais, 35 plantas, da lista foram citadas pela senhora IC2. Das 76 plantas medicinais indicadas, apenas nove repetiram-se nos dois locais de cuidado à saúde.

Este fato demonstra o conhecimento popular das interlocutoras a respeito das plantas utilizadas no cuidado, uma vez que não se tratou de um levantamento etnobotânico que procurou esgotar o conhecimento em relação às plantas medicinais, mas listar as plantas indicadas durante os atendimentos às pessoas que as procuravam. Entretanto, durante o acompanhamento de suas atividades, foi possível observar que as plantas são coadjuvantes nas suas rotinas de cuidado à saúde, incluindo, como citado nos capítulos anteriores, outras práticas como benzeduras, homeopatias, Reiki e massoterapia.

Percebe-se a valorização do uso das plantas medicinais, deixando de ser costume apenas da zona rural e chegando às zonas urbanas, não apenas como uma maneira de auxiliar na medicina convencional, mas também sendo forma saudável de utilização no cuidado à saúde (ALMASSY JUNIOR, 2005; OLIVEIRA; MENINI NETO, 2012). Estudos sobre plantas medicinais realizados em comunidades urbanas, como a da ONG que participou deste estudo, são importantes para se conhecer a realidade de seu uso e o manejo urbano. Além disso, alguns espaços urbanos concentram uma variedade de espécies vegetais cultivadas em quintais, que não ocorrem mais em seu ambiente natural devido às ações humanas, ou que são exógenas daquele local (ANDRADE et al., 2013; COSTA; MAYWORM, 2011).

Quadro 1. Sistematização das plantas medicinais indicadas ou citadas para o cuidado à saúde pelas interlocutoras durante o período de trabalho de campo.

Nome popular	Espécie	Família	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo	Interlocutora
Acácia	<i>Acacia mearnsii</i> De Wild.	Fabaceae	Para diminuir a pressão arterial.	Folha	Um litro de chá (infusão) para o dia inteiro.	IC2
agrião	<i>Nasturtium officinale</i> W.T. Aiton	Brassicaceae	Depurativo do sangue. Tônico. Para tratar tosse, bronquite e é estimulante.	Folha	Chá (infusão), xarope e salada.	V2
alcachofra	<i>Cynara scolymus</i> L.	Asteraceae	Contém muito ferro, cálcio e sais minerais. É tônico preventivo e curativo de infecções do fígado, da biliar, rins, bexiga e estômago. Para tratamento de níveis elevados de triglicerídeos no sangue.	Folha e flor	Chá (infusão) e comestível. Composto de tinturas para tratamento de níveis elevados de triglicerídeos no sangue.	V2
alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Lamiaceae	Benzedura para olho gordo.	Folha	Usa no rito de benzedura.	IC2
alevante	<i>Mentha spicata</i> L.	Lamiaceae	Aumenta a disposição e a autoestima (levanta a moral, a gente toma um chazinho de alevante e em seguida parece que a gente cresce).	Folha	Chá (infusão), só uma vez.	V2
alfavaca	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Lamiaceae	Para tratar problemas urinários.	Folha	Chá (infusão) para beber.	IC1

alfazema	<i>Lavandula dentata</i> L.	Lamiaceae	Para usar externamente em pele e cabelos. Em pele fina e que corre água (psoríase). Para tratar bronquite, sinusite, asma, insônia, vertigens, enxaqueca, gases, problemas em baço, fígado, cólicas intestinais, e ardências genitais. É calmante.	Folha e flor	Chá (infusão) para beber e lavar, usar até melhorar.	V2
amora	<i>Morus nigra</i> L.	Moraceae	Para tratar diabetes.	Folha	Chá (infusão).	V2
anador	<i>Justicia pectoralis</i> Jacq.	Acanthaceae	Composto para aliviar a dor.	Folha	Tintura ou loção.	V2
angico	<i>Parapiptadenia rigida</i> (Benth.) Brenan	Fabaceae	Para tratar diabetes e tosse, mas pode secar o pulmão. Para tratar tosse e dor do nervo ciático, na massagem (casca do tronco- DH).	Folha, casca do tronco	Xarope, no máximo 3 vidros. Pomada.	V2 IC2
arnica-montana	<i>Solidago chilensis</i> Meyen	Asteraceae	Para tratar problemas de articulação e muscular.	Folha	Loção com tintura de cânfora e arnica.	V2
arruda	<i>Ruta graveolens</i> L.	Rutaceae	Loção para tratar a dor. Benzedura para olho gordo.	Folha	Loção. Usa no rito de benzedura.	V2 IC2
babosa	<i>Aloe</i> sp.	Xanthorrhoeaceae	Feridas e queimaduras. Não usar internamente.	Folha - mucilagem	Usa-se a mucilagem diretamente na ferida ou queimadura (se a pessoa não for alérgica). Usada também na preparação da pomada milagrosa* (usada diretamente em lesões de pele).	V2 IC2

baicuru	Não determinada	Não determinada	Juntamente com a bardana no vinho branco serve para tratar problemas de doença venérea e infertilidade.	Folha	Composto de infertilidade- 5 gotas três vezes ao dia até engravidar.	IC1
bálsamo	<i>Sedum dendroideum</i> DC.	Crassulaceae	Para tratar problemas respiratórios.	Folha	Tintura para as gotas milagrosas (é um composto de tinturas de diversas plantas usadas para tratar problemas respiratórios, como rinite, sinusite e resfriados).	IC2
balsamo-alemão	<i>Senecio serpens</i> G.D. Rowley	Asteraceae	Para tratar feridas.	Folha	Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2
balsamo-brasileiro	<i>Sedum dendroideum</i> DC.	Crassulaceae	Para tratar feridas.	Folha	Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2
bardana	<i>Arctium lappa</i> L.	Asteraceae	Trata incontinência urinária (<i>bexiga caída</i>), doença venérea, hemorroida e infertilidade, além de <i>sarar</i> feridas.	Folha	Usada no preparo do composto de infertilidade (5 gotas 3 vezes ao dia até engravidar). Usada no composto para <i>bexiga caída</i> (10 gotas de 6/6 horas). Usada na forma de tintura, infusão, pomada milagrosa* e sabão (lavar micoses e feridas cirúrgicas). Para lavar hemorroidas: uma colher de sopa de folha picadinha para um litro de água.	V2 IC2
beladona	<i>Datura suaveolens</i> Humb. & Bonpl. ex Willd.	Solanaceae	Para tratar feridas.		Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2

carrapicho-carneira	<i>Acanthospermum australe</i> (Loefl.) Kuntze	Asteraceae	Bom para o rim (eliminar pedra no rim).	Toda planta	Infusão	IC2
carvalho	<i>Quercus robur</i> L.	Fagaceae	Para tratar hiperglicemia.	Folha	Infusão	IC2
cavalinha	<i>Equisetum hyemale</i> L.	Equisetaceae	Para tratar pedra nos rins e na bexiga.	Toda planta	Tintura	IC2
chapéu-de-capitão	<i>Hydrocotyle bonariensis</i> Lam.	Araliaceae	Para tirar manchas na pele.	Folha	Pomada	IC2
chapeu-de-couro	<i>Echinodorus grandiflorus</i> (Cham. & Schltdl.) Micheli	Alismataceae	Para tratar níveis elevados de triglicerídeos no sangue, para dor e para cistocele (<i>bexiga caída</i>).	Folha	Tintura ou loção. Usado na preparação do composto para triglicerídeos (durante 1 mês, 5 gotas 3x ao dia) e no composto para bexiga caída (10 gotas de 6/6horas).	V2
chinchile	<i>Tagetes minuta</i> L.	Asteraceae	Para tratar o alcoolismo e a dependência de cigarro. Repelente de pulgas e piolhos.	Folha	Tintura.	IC2
cordão-de-frade	<i>Leonotis nepetifolia</i> (L.) R. Br.	Lamiaceae	Para tratar níveis elevados de triglicerídeos no sangue.	Folha	Usado na preparação do composto para triglicerídeos (durante 1 mês, 5 gotas 3x ao dia).	V2

dente-de-leão	<i>Taraxacum officinale</i> F.H. Wigg.	Asteraceae	Para tratar níveis elevados de triglicerídeos no sangue e cistocele (<i>bexiga caída</i>).	Folha	Usado na preparação do composto para triglicerídeos (durante 1 mês, 5 gotas 3x ao dia) e no composto para bexiga caída (10 gotas de 6/6horas).	V2
erva-de-bugre	<i>Casearia sylvestris</i> Sw.	Salicaceae	Depurativo do sangue (<i>limpa e afina o sangue</i>).	Folha	Infusão	IC2
erva-de-passarinho-de-angico	Não determinada	Não determinada	Para tratar tosse.	Folha	Infusão (usar com moderação, pois o uso excessivo pode “secar o pulmão”),	IC1
erva-pombinha	<i>Phyllanthus</i> sp.	Phyllanthaceae	Quebra as pedras dos rins.	Folha e galho.	Infusão. Tomar morna ou fria à vontade ao longo do dia até saírem as pedras.	V2
espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek	Celastraceae	Para tratar azia, dores no estômago, úlcera, gastrite, gases, má digestão e problemas no duodeno. Tem atividade tônica.	Folha e galho.	Decocção - ferver por 5 minutos, tomar um litro por dia, durante 7 dias.	V2 IC2
fáfia	<i>Pfaffia glomerata</i> (Spreng.) Pedersen	Amaranthaceae	Para tratar impotência masculina e frigidez da mulher, é tônico e auxilia no tratamento da anemia.	Raízes	Decocção - ferver por 5 minutos.	V2
folha-da-fortuna	<i>Kalanchoe brasiliensis</i> Cambess.	<u>Crassulaceae</u>	Para tratar dor de estômago e/ou gastrite.	Folha	Bater no liquidificador uma folha com leite quente. Tomar em jejum pela manhã durante 7 dias.	IC2
guaco	<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	Asteraceae	Para tratar tosse, gripe e bronquite. Associado a salsaparrilha é depurativo do sangue.	Folha	Xarope, infusão, tintura e no preparo das gotas milagrosas.	V2 IC2

guanxuma	<i>Sida rhombifolia</i> L.	Malvaceae	Para tratar gordura do fígado e para diminuir os níveis de triglicerídeos no sangue.	Raiz.	Decocção	IC2
hortelã	<i>Mentha</i> sp.	Lamiaceae	Para o tratamento da cistite.	Folha	Infusão, tomar 3x ao dia.	V2
japacanga	<i>Smilax</i> sp.	Smilacaceae	Para tratar câncer ou nódulos internos ou externos.	Raiz	Tintura	IC2
jatobá	<i>Hymenaea courbaril</i> L.	Fabaceae	Para tratar cistocele (bexiga caída).	Folha	Usado na preparação do composto para bexiga caída (10 gotas de 6/6horas).	V2
lanceta	<i>Austroeupatorium inulaefolium</i> (Kunth) R.M.King & H.Rob.	Asteraceae	Para tratar cicatrização de feridas.	Folha /Flor	Usada no preparo da pomada milagrosa*.	V2 IC2
manjerona	<i>Origanum majorana</i> L.	Lamiaceae	Para tratar todos os tipos de tosse e para não juntar a pressão (pressão arterial-sistólica e diastólica).	Folha	Xarope e infusão.	IC2
maricá	<i>Mimosa bimucronata</i> (DC.) Kuntze	Fabaceae	Para tratar cistocele (bexiga caída).	Folha	Usado na preparação do composto para bexiga caída (10 gotas de 6/6horas).	V2
mil-em-ramas, mil-folhas	<i>Achillea millefolium</i> L.	Asteraceae	Para tratar feridas e para aliviar a dor.	Folha	Sabão para lavar feridas, infusão (uso externo) e usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2 IC1 IC2
milho	<i>Zea mays</i> L.	Poaceae	Tem efeito diurético e ação no tratamento de problemas renais.	Inflorescência masculina (pendão, cabelo do milho).	Infusão.	IC2
mirra	<i>Ocimum gratissimum</i> L.	Lamiaceae	Efeito tranquilizante.	Folha	Usado para fazer travesseiro aromatizado com efeito tranquilizante.	IC2

					Secar bem as folhas para não mofar.	
murta	<i>Blepharocalyx salicifolius</i> (Kunth) O. Berg	Myrtaceae	Para tratamento da hipertensão arterial e para diminuir os níveis de triglicerídeos no sangue.	Folha	Infusão. Usada na preparação do composto para triglicerídeos (durante 1 mês, 5 gotas 3x ao dia).	V2 IC1
ondas-do-mar	<i>Tradescantia zebrina</i> Heynh. ex Bosse	Commelinaceae	Para tratar infecção urinária.	Folha	Infusão ou tintura.	V2 IC1
ora-pro-nobis	<i>Pereskia aculeata</i> Mill.	Cactaceae	Fortificante físico e estimulante para o cérebro.	Folha e raiz.	Salada com as folhas e decocção das folhas e raiz.	IC2
palminha	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	Asteraceae	Para tratar feridas.	Folha	Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2 IC1
para os vermes, vermífugo-erva-santa	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Amaranthaceae	Para tratamento de verminose. Anti-helmíntico.	Toda planta.	Infusão de preferência de manhã em jejum.	IC2
pariparoba	<i>Piper mikanianum</i> (Kunth) Steud.	Piperaceae	Para tratar feridas, anti-inflamatório, para tumores e alívio de dores localizadas.	Folha.	Cataplasma, infusão, tintura ou loção. Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2 IC1 IC2
pata-de-vaca	<i>Bauhinia forficata</i> Link	Fabaceae	Diurético, para tratamento da hipertensão arterial.	Folha.	Infusão e tintura.	IC2
picão-branco	<i>Galinsoga parviflora</i> Cav.	Asteraceae	Para tratar problema urinário- cistite.	Toda planta.	Infusão.	IC2
picão-preto	<i>Bidens pilosa</i> L.	Asteraceae	Para tratar o lacrimejamento em criança recém-nascida.	Toda planta.	Infusão para compressas nos olhos.	IC2

salsaparrilha	<i>Smilax campestris</i> Griseb.	Smilacaceae	Para desintoxicar, depurativo do sangue quando usada com guaco, para alívio de dores e para tratar sífilis.	Folha	Infusão.	V2 IC1
salvia-do-rio-grande-do-sul	<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson	Verbenaceae	Para tratar tosse alérgica.	Folha e flor.	Infusão e xarope.	IC2
sete-sangrias	<i>Cuphea carthagenensis</i> (Jacq.) J.F. Macbr.	Lythraceae	Para tratar hipertensão arterial e para tratar hemorroidas.	Toda planta	Infusão (uso interno e externo - banho de acento).	V2 IC1
stévia	<i>Stevia rebaudiana</i> (Bertoni) Bertoni	Asteraceae	Para tratar o diabetes.	Folha.	Adoçar alimentos, adoçante natural.	IC2
tayuya	<i>Cayaponia pilosa</i> Cogn.	Cucurbitaceae	Para tratar cistocele (<i>bexiga caída</i>).	Folha	Usado na preparação do composto para bexiga caída (10 gotas de 6/6horas).	V2 IC1
tiririca	<i>Cyperus meyenianus</i> Kunth	Cyperaceae	Para tratar tristeza das vacas.	Raiz.	Decocção- beber um litro por dia.	IC2
transagem e (mansa chucra)	<i>Plantago</i> sp.	Plantaginaceae	Para tratar dor de garganta. Antibiótico natural. Para tratar ferida, e tratamento de alcoolismo e dependência de fumo.	Toda planta, a folha é a mais usada.	Infusão, xarope e no preparo das gotas milagrosas. Usada na preparação da pomada milagrosa*.	V2 IC1 IC2
tripa-de-galinha	Não determinada	Não determinada	Para diminuir os níveis de triglicerídeos no sangue.	Folha	Usada na preparação do composto para triglicerídeos (durante 1 mês, 5 gotas 3x ao dia).	V2 IC1
tuia	<i>Thuja</i> sp.	Cupressaceae	Para retirar verruga e nódulos do útero.	Folha.	Tintura (aplicar 3 gotas diretamente no local).	IC2

Figura 16 - Quadro 1 com a sistematização do levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas pelas interlocutoras.

As pesquisas de levantamento etnobotânico tem apontado uma grande variedade de espécies de plantas com grande diversidade de usos (COSTA, 2015; STRACHULSKI; FLORIANI, 2013). Assim, em relação às 76 plantas medicinais listadas no Figura 15, foram encontrados 69 gêneros botânicos pertencentes a 31 famílias taxonômicas distintas, sendo que as famílias mais frequentes foram Asteraceae, Lamiaceae e Fabaceae.

Estas famílias botânicas foram representativas em outros estudos relacionados a etnobotânica das plantas medicinais, sendo que as duas famílias botânicas mais predominantes foram Asteraceae e Lamiaceae, nos estudos de Almassy Junior (2004), Almeida e Albuquerque (2002), Magalhães et al. (2009), Oliveira, Menini Neto (2012), Vendruscolo e Mentz (2006). Em levantamento etnobotânico realizado por Baptistel, Coutinho, Lins Neto e Monteiro (2014) foram encontradas 54 famílias, com destaque para Fabaceae, Asteraceae e Lamiaceae como as mais citadas, da mesma forma que no presente trabalho. A representatividade destas pode ser justificada por se tratar de famílias com muitas espécies que se adaptaram bem tanto aos ambientes tropicais quanto aos temperados, e que possuem óleos essenciais variados (OLIVEIRA; MENINI NETO, 2012).

Os preparos que foram observados e suas distribuições, entre as interlocutoras e as pessoas que as procuravam, foram: infusão, decocção, xarope, pomada, homeopatia, sabonetes, loções e tinturas. Durante o período de observação participante a pesquisadora teve a oportunidade de contribuir na elaboração de alguns destes preparados.

As folhas foram as partes das plantas medicinais mais utilizadas pelas interlocutoras, seguidas das flores, cascas dos troncos e raízes. Assim como nos estudos de Baptistel, Coutinho, Lins Neto e Monteiro (2014); Oliveira e Menini Neto (2012), as folhas são as mais utilizadas. Provavelmente, seja devido ao fato da facilidade em coletá-las e por serem encontradas o ano todo, praticamente. Além disso, a coleta das folhas permite a conservação das plantas, sem impedir ou interferir significativamente no seu crescimento e reprodução (CASTELLUCCI *et al.*, 2000; OLIVEIRA; MENINI NETO, 2012; PEREIRA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2009).

Devido a importância do uso das plantas medicinais pela população brasileira foram criadas políticas de incentivo ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Em

2006 foi regulamentada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, com o objetivo de estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, associado a escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. No mesmo ano, através do decreto federal 5.813 de 22/06/2006, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006).

Em 2008 foi lançada, através da Portaria Interministerial nº 2.960 de 09/12/2008, o Programa e o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, os quais tem a função de definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia. Além disso, avalia a ampliação das opções terapêuticas aos usuários e a garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS (BRASIL, 2008).

No dia seis de março de 2009, o Ministério da Saúde lançou a Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) com 71 espécies, usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente, de interesse do SUS, que está sendo divulgada pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde. A finalidade da lista é orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos disponíveis para uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença.

Assim, considerando estas políticas, em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10 que visa regulamentar a produção e uso de plantas medicinais. A RDC apresenta 66 espécies vegetais com alegações terapêuticas, formas de uso, quantidade a ser ingerida e os cuidados e restrições ao seu uso, amparado no uso tradicional, podendo ser indicada por profissional com conhecimentos necessários, uma vez que as drogas vegetais são produtos isentos de prescrição médica (BRASIL, 2010).

Assim, dentre as 76 plantas indicadas pelas interlocutoras, 11 delas fazem parte do RDC 10: alcachofra (*Cynara scolymus* L.), alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.), anador (*Justicia pectoralis* Jacq.), bardana (*Arctium lappa* L.), dente-de-leão (*Taraxacum officinale* F.H. Wigg.), erva-de-bugre (*Casearia sylvestris* Sw.),

espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek), guaco (*Mikania glomerata* Spreng.), mil-em-ramas (*Achillea millefolium* L.), picão-preto (*Bidens pilosa* L.) e salvia-do-rio-grande-do-sul (*Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson). Esta lista poderia ser maior se outras seis plantas citadas, que são do mesmo gênero, fossem da mesma espécie apresentada na RDC 10: alevante (*Mentha spicata* L.), hortelã (*Mentha* sp.), cavalinha (*Equisetum hyemale* L.), chapéu-de-couro (*Echinodorus grandiflorus* (Cham. & Schltdl.) Micheli), erva-pombinha (*Phyllanthus* sp.), e transagem (*Plantago* sp.), sendo as espécies listadas na RDC10 a *Mentha x piperita*- Hortelã-pimenta, a *Equisetum arvense*, a *Echinodorus macrophyllus*, a *Phyllanthus niruri* e a *Plantago major*.

Esta relação significativa de espécies que são utilizadas pelas interlocutoras no cuidado à saúde, a RDC 10 demonstra que o conhecimento popular tem muito a contribuir com a formulação e reformulação de políticas de saúde.

As pesquisas etnobotânicas são importantes nesse contexto pois, além de possibilitar o resgate e a preservação dos conhecimentos populares nas comunidades envolvidas (GARLET; IRGANG, 2001), aproximam o pesquisador da realidade local e da diversidade de línguas, culturas, povos, pessoas, plantas e ecossistemas (ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006; MORAN *et al.*, 2001).

Vivencia-se um momento propício e produtivo para a pesquisa científica que envolve a aplicação de conhecimentos locais sobre o uso de plantas e animais medicinais. Deixou-se para trás a época em que esse saber era subestimado, iniciando uma era de cooperação de saberes. Todavia, para responder aos questionamentos e necessidades sociais, é forçoso avançar as abordagens para produzir uma ciência que venha realmente atender aos anseios das comunidades locais, da sociedade como um todo e da própria comunidade científica (ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006, p. 687).

Corroborando, com o que foi observado nos contextos das interlocutoras, os saberes populares dos conhecimentos locais têm muito a contribuir com a ciência, por suas vastas experiências em cuidado a saúde e respeito a natureza.

5.3.2 O conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais

As interlocutoras demonstraram ter profundo conhecimento da ecologia e manejo das plantas medicinais utilizadas. De acordo com Costa (2015), para se entender a biodiversidade local, é necessário que os conhecimentos sobre as formas de manejo das espécies cultivadas, também sejam considerados fatores importantes. Dessa forma, o pesquisador necessita procurar conhecer os conceitos locais e o modo como a comunidade usufrui dos recursos naturais, ou seja, vivenciar seu dia-a-dia, para que assim possa estar integrado de forma mais completa acerca da cultura de cada comunidade (COSTA, 2015; PATZLAFF; PEIXOTO, 2009).

5.3.2.1 Origem do conhecimento das plantas medicinais no cuidado à saúde

As práticas de cuidado à saúde com plantas medicinais são construídas e influenciadas pela transmissão de conhecimento entre gerações, por outras comunidades ou novos saberes (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; CEOLIN, 2009; MACEDO; FERREIRA, 2004).

Nesse sentido, as interlocutoras relataram que seus saberes em relação às plantas medicinais iniciaram com as práticas de cuidado exercidas no contexto familiar, por meio da transmissão oral:

Porque minha mãe trabalhava sempre com muitas ervas de chá, ela conhecia muitas plantas. A minha mãe queria me ensinar. (V2)

Me criei vendo minha mãe fazer preparados, porque ela era uma pessoa que fazia preparos de tônicos e xaropes. Os médicos de família que nos atendiam quando crianças, indicavam que a mãe desse os tônicos para nós. A mãe sempre tinha os preparados de tônicos e xaropes em casa e os vizinhos iam buscar (IC1)

Muitos são os estudos que demonstram que os saberes relacionados às práticas de cuidado à saúde com o uso das plantas medicinais são adquiridos e mantidos a partir de múltiplas fontes, sendo as principais a comunicação oral entre as gerações familiares e com outras pessoas da comunidade, a participação em pastorais, a intuição ou “dom” e a leituras de livros (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; BADKE et al., 2012; CEOLIN, 2009; COSTA, 2015; LOPES, 2010; LUZ, 2001; MENDONÇA FILHO; MENEZES, 2003; PINTO; AMOROZO; FURLAN,

2006; SANTOS; LIMA; FERREIRA, 2008; TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006; TOMELERI; MARCON, 2009; VEIGA JUNIOR, 2008).

É possível perceber na fala de IC2 que o conhecimento adquirido por meio do convívio familiar foi um incentivo para aguçar seu interesse na ampliação dos seus saberes.

Inicialmente (aprendi) com a minha família e depois com o professor E.A. Com esse até certificado tenho. (IC2)

A continuidade do conhecimento em plantas medicinais no cuidado à saúde foi uma necessidade expressa pelas três interlocutoras. Esse seguimento ocorreu por meio de livros, anotações e apostilas de cursos que fizeram.

Os cursos que foram precisos, eu fiz com ela (IC1), tanto das plantas, como das pomadas, de tudo eu fiz. Aí ela disse “V2, cópia”. Eu copiei e botei aqui nessa coisinha (caderneta), por isso que eu disse para ti que tem muitos anos isso daqui. (V2)

Onde a senhora busca o conhecimento sobre o cuidado à saúde e o uso das plantas medicinais, né? E quais são os principais lugares que a senhora busca? (Pesquisadora)

Nos livros, tenho uma prateleira de livros. Pesquiso, sobre doença e pesquiso sobre onde gerou a doença, como gerou e depois o que se dá para a cura da doença. Nos livros antigos de médicos também. Daqueles livros eu sei muita coisa boa, eu faço pesquisa em vários. Por exemplo, eu tenho um problema de uma doença, a gente deu os primeiros recursos, não foi satisfatório, então eu vou fazer a pesquisa, porque que não deu certo aquele medicamento (homeopático popular ou fitoterápico). (IC1)

No diálogo entre interlocutora e pesquisadora é possível perceber que o conhecimento em cuidado à saúde é uma busca contínua. Com esta fala, a pesquisadora consegue fazer uma aproximação para o entendimento e a compreensão dos conceitos locais e o modo como a comunidade usufrui dos recursos naturais. Como salientam Costa (2015), Patzlaff e Peixoto (2009), para compreender esses conceitos locais é preciso que o pesquisador vivencie o dia-a-dia daquela comunidade, para que assim possa estar integrado de forma mais completa acerca da cultura.

Desse modo, as práticas de cuidado à saúde realizadas pelos interlocutores propõem uma relação integral, com participação ativa da comunidade e com um enfoque sobre as plantas medicinais. Existe uma troca entre as interlocutoras e as comunidades, tanto em relação às plantas medicinais, quanto aos seus preparados. Essas trocas são de mão dupla, pois ao mesmo tempo que recebem, também doam.

É essa tuia (planta medicinal) pequeninha que a senhora usa? Ou tem árvores maiores aqui? (Pesquisadora)
 Não, eu busco lá na comunidade (igreja que frequenta). (IC2)

Em relação à obtenção de plantas medicinais, que por algum motivo a ONG não tenha para o cuidado à saúde, o interlocutor V1 (atual coordenador da ONG), o qual foi indicado pela líder IC1 como a pessoa que responde por essa organização das trocas. V1 explica sobre como são realizadas as trocas e obtenções de plantas que a ONG necessita ou concede para outras comunidades religiosas, nas quais IC1 realiza suas atividades.

Se precisa de alguma planta a gente vai buscar, a gente vai atrás. No caso, quando a gente necessita de arruda, para fazer uma tintura, que vai na loção para dor, aí a gente vai atrás de um local, até porque aqui não temos a quantidade necessária. Tem um senhor que quando a gente necessita do eucalipto cidrão, como ele tem na casa dele, ele corta uns galhos e traz para gente. Então a coisa é assim, tu sabes um local onde tem uma planta que tu vais precisar em quantidade grande, tu solicitas para aquela pessoa e geralmente ele se dispõe a colaborar e trazer ou pedem para gente buscar. Tem uma pessoa que agora eu não me recordo o nome, ela mora lá na (Colônia) Maciel. No período que a laranjeira floresce, ela junta as flores para gente fazer a tintura, então ela vem e traz uma sacola de flores de laranjeira e a gente faz a tintura. (V1)

O pessoal das outras comunidades, da qual IC1 realiza atividades, mandam plantas para cá quando precisa? Ou vai daqui para elas? (Pesquisadora)

Difícilmente (eles doam), eles vem até buscar aqui. O pessoal mesmo, quando vem, quando está atrás de planta para xarope, eles vêm pegar aqui. A gente ir na comunidade deles, nós não nos deslocamos daqui para pegar alguma coisa em outra comunidade. Nós temos essas pessoas que trazem. (V1)

Nesse universo não existe a apropriação exclusiva do saber por parte dos “especialistas”, ele é partilhado por todo o grupo (RODRIGUES, 2001). Mesmo que entre estes especialistas exista uma variedade de teorias, aspectos culturais, sociais e visão de mundo, por vezes divergentes entre si, eles estabelecem um forte vínculo com as outras pessoas da comunidade devido ao conhecimento que possuem (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; OLIVEIRA; TROVÃO, 2009).

Em relação à obtenção de informações das comunidades locais, o pesquisador em muitas situações, durante os estudos etnobotânicos, não terá acesso à totalidade dos conhecimentos relacionados às práticas de cuidado a saúde, devido ao fato de estarem revestidas de fortes valores culturais, sociais e até mesmo sentimentais. Determinadas práticas e conhecimentos são considerados secretos, os quais serão transmitidas apenas para os sucessores diretos, com o

intuito de preservar o conhecimento local (ALBUQUERQUE, 2001, 2006; ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006).

Tal situação de preservação deste saber foi expresso de maneira explícita pela interlocutora V2 e foi explicado por ela o porquê da importância de manter segredo sobre alguns conhecimentos, demonstrando sua preocupação com o respeito e a preservação da imagem da interlocutora IC1, evitando que as pessoas possam *trampolinar*, ou seja, fazer uso indevido dessas informações.

Então o pessoal me pede às vezes emprestada (minha caderneta com as anotações consideradas segredos sobre as plantas medicinais), mas eu não posso emprestar, não posso dar. Vai e não volta. Outra coisa, eu não posso dar para as pessoas que vão *trampolinar* com a IC1 (V2)

No estudo de Baldino *et al.* (2015) também reconheceram durante a pesquisa de campo que o ofício de cuidar pode ser repassado somente à pessoa escolhida, a qual deverá ser preparada, a fim de cumprir sua missão. Esta, inclui saber que durante toda a vida terá que atender às pessoas que precisarem, sem distinção, além de aprender as regras, guardar as formas e guardar também o segredo, a sete chaves.

5.3.2.2 O manejo das plantas medicinais

Dependendo da espécie de planta medicinal, as interlocutoras coletam na natureza ou realizam o cultivo. Percebe-se nas falas que suas lógicas de cultivo estão de acordo com a agricultura orgânica¹³, pois utilizam métodos de adubação orgânica, com preparo a partir da compostagem. Na ONG em que IC1 é líder, foram observados diversos locais, como tonéis de lata e de plástico, além de uma construção de alvenaria para o preparo da compostagem, e a manutenção destas por parte dos voluntários.

¹³ A agricultura orgânica é o sistema de produção que exclui o uso de fertilizantes sintéticos de alta solubilidade, agrotóxicos, reguladores de crescimento e aditivos para a alimentação animal, compostos sinteticamente (ALENCAR *et al.*, 2013). Seus princípios fundamentaram-se entre 1925 e 1930, pelo pesquisador inglês Sir Albert Howard. Sir Albert Howard deu início a partir de 1920 a uma das mais difundidas correntes do movimento orgânico. Ele trabalhou com pesquisas na Índia, durante aproximadamente 40 anos, procurando demonstrar a relação da saúde e da resistência humana às doenças com a estrutura orgânica do solo, publicando obras relevantes entre 1935 e 1940. Em suas obras destacava a importância do uso da matéria orgânica na melhoria da fertilidade e vida do solo. Desenvolveu através de observação dos Hindus, o método de compostagem chamado de Indor. Relatava que o fator principal - para a eliminação de pragas e doenças, melhoria dos rendimentos e qualidade dos produtos agrícolas - era a fertilidade natural do solo (ASSIS; ROMEIRO, 2002; CAPORAL; AZEVEDO, 2011; PENTEADO, 2001).

Quanto à qualidade do solo, a pesquisadora questionou o que seria *terra boa* para o cultivo das plantas medicinais:

Terra boa é de preferência estrume de vaca, amontoar num monte com palha. Estrume de vaca, palha e depois tapa por cima com terra. De vez em quando precisa molhar, deixar aquilo por três meses. (IC2)

Isso tem que cuidar, até a terra que nós trabalhamos, nós preparamos o nosso adubo aqui dentro mesmo. Porque a gente tem o pó da pedra, com as coisas queimadas, cinza queimada da casca de arroz, mistura com o pó da pedra, tudo que é restinho de folha, de galho, de coisa. Tudo colocado na estrumeira para transformar em produto orgânico, depois a gente põe nas plantas. (IC1)

Considerando a tendência mundial na busca por produtos naturais e o fato das plantas medicinais destinarem-se ao uso em pessoas com algum tipo de debilidade, é fundamental que estas estejam livres de agroquímicos, o que equivale dizer que o sistema de agricultura a ser praticado precisa ser o orgânico. O uso de adubos químicos e agrotóxicos pode alterar a composição da planta. Isto faz com que percam seu valor medicinal podendo até provocar efeitos colaterais ou tóxicos (ALENCAR *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o cultivo de plantas medicinais necessita ser feito em áreas isentas de contaminação, estas áreas devem estar situadas longe de rodovias de movimento intenso (pelo menos 2 km) e áreas industriais, pois os poluentes lançados no ar nestas regiões também podem depositar-se sobre as plantas e contaminá-las (CORRÊA JÚNIOR; SCHEFFER, 2013). Tal cuidado relacionado ao uso de plantas medicinais próximo de rodovia foi expresso por IC1 demonstrando seu conhecimento a respeito do risco à saúde.

O monóxido de carbono é o pior veneno, porque ele levanta na poeira e ele vai grudar na folha. Porque aqui embaixo na faixa (rodovia), ali tem erva-de-bugre, ali para baixo do mato, mas aquela não dá para tomar, porque ela é amarga, por causa do monóxido de carbono. (IC2)

Assim, para o cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais é de grande importância a qualidade do material, o que inclui a adoção de boas práticas para o plantio, a colheita e a armazenagem, de modo a garantir que esteja livre de metais pesados, agrotóxicos, parasitas e fungos (BADKE *et al.*, 2012; CEOLIN, 2009; WHO, 2004).

5.3.2.3 A influência da lua no manejo das plantas medicinais

Na prática os agricultores relacionam a influência das fases lunares com o crescimento e o desenvolvimento das plantas (RIVERA, 2005). A interlocutora IC1 cita os ciclos da lua como fatores naturais importantes para a produção de plantas medicinais. Além disso, destaca que o uso de defensivos agrícolas industrializados, são perigosos, pois podem até levar a morte das pessoas que utilizam essas plantas, sendo um *perigo* à saúde.

Precisa se cuidar a lua, precisa botar uma terrinha boa e não ter herbicida, porque principalmente quando vai se usar a raiz o herbicida é o maior perigo. (IC2)

E qual é o perigo? (Pesquisadora)

Sim, tu está tomando uma coisa que pode tá ali, tá matando, até pro teu corpo matar. (IC2)

Nesse sentido, o calendário astronômico agrícola (abordagem sobre a relação entre os planetas, a Lua e o Sol com o solo, com as plantas e com os animais) só terá realmente efeito quando o solo estiver vivificado e a propriedade agrícola for entendida como um organismo vivo, na qual há uma completa interação entre as partes. O solo maltratado, sem matéria orgânica, com uso de adubos solúveis e agrotóxicos tendem a não reagir aos impulsos cósmicos e consequentemente não transmiti-los as plantas (JOVCHELEVICH, 2008).

Desde a antiguidade a lua desperta o interesse da humanidade, influenciando diferentes culturas que a relacionava a diversos fenômenos naturais. Nos dias atuais ainda é possível encontrar, em algumas comunidades rurais, resquícios da relação do ser humano com a lua, que associam o aumento da produtividade ao plantio seguindo um cronograma lunar (SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.* 2013).

O sistema de plantio é regido pelas condições ambientais e mudanças da lua. O manejo é praticado correspondendo às estações do ano. Quanto ao calendário lunar, boa parte dos plantios é realizada na lua crescente (COSTA, 2015). Assim, é possível perceber no relato de IC1 que além de considerar a lua, leva-se em consideração as estações do ano e os meses para o plantio das plantas medicinais.

Eu tenho sempre cuidado, essa época que é quente, o sol muito quente, não se deve plantar, só nos meses que não tem "R", como maio, junho, julho, até agosto. Já setembro não dá mais. Então essa época (os meses sem "R"), é tempo de plantio e também de transplantar a planta. Agora (março) a gente pode fazer, por exemplo, bota as mudas num vaso, ou numa bandeja e depois chega nessa época (dos meses sem "R") e planta. (IC1)

Na literatura científica, foi encontrada a relação dos meses com a atividade de poda, e não com o plantio, como é descrito por Rivera (2005, 55p.):

As atividades de poda de algumas árvores frutíferas, como maçãs, parreiras e pereiras ou o corte de árvores para madeira estão limitadas quase que exclusivamente a quatro meses do ano que se escrevem sem a letra “R” como maio, junho, julho e agosto.

Em relação à colheita, IC1 e IC2 referem, mesmo sem citar o calendário astronômico agrícola, essa lógica. A interlocutora IC1 ainda relaciona que a colheita deve ser realizada de acordo com as partes da planta e as fases da lua, para melhor aproveitamento na secagem das plantas medicinais.

De preferência a colheita é antes do meio-dia, depois que levantou a umidade, antes do sol quente. (IC2)

A secagem das plantas, um dia de sol, depois das nove horas da manhã e na lua cheia. Na lua cheia, porque ela está com toda fertilidade, quando é raiz ou quando é o tronco, então na minguante ou na lua crescente e quando é o tronco ou casca, e na raiz, quando é raiz, na nova. (IC1)

A manipulação das plantas pelas pessoas das comunidades rurais depende de diversos fatores, entre eles a disponibilidade temporal (fases da lua, chuva e sol ou alguma data de consenso local para se fazer a colheita) (COSTA, 2015; STRACHULSKI; FLORIANI, 2013). Considerando que as fases lunares, são reflexo do deslocamento da lua em relação a linha sol e terra, as principais denominações e suas possíveis influências sobre as plantas (Figura 17) podem ser classificadas em:

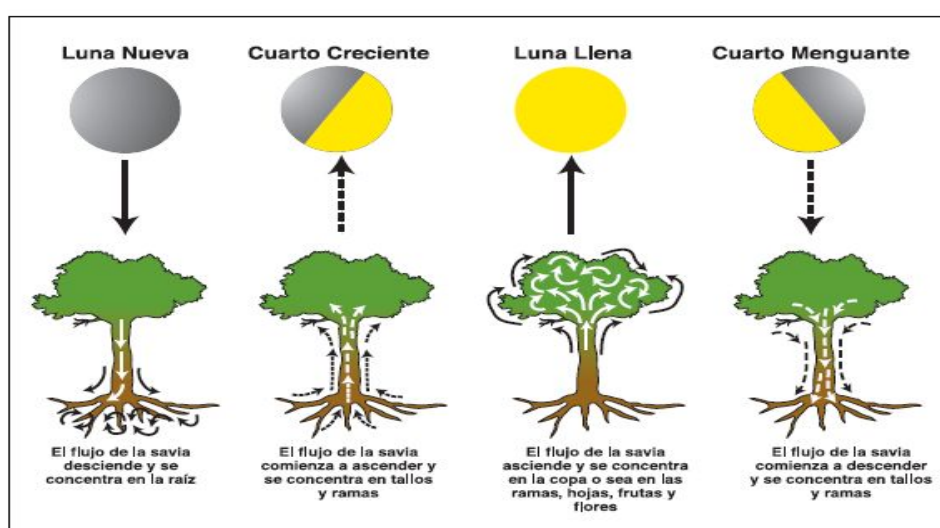


Figura 17: Fases da lua e a dinâmica da seiva das plantas.

Fonte: Rivera, 2005, p.70.

- a) lua nova – o fluxo de seiva das plantas seria descendente e se concentraria nas raízes;
- b) quarto crescente – o fluxo de seiva das plantas começaria a ascender e se concentraria nos ramos e caules;
- c) lua cheia – o fluxo de seiva das plantas seria ascendente e se concentraria na copa, ou nos ramos, folhas, flores e frutos e
- d) quarto minguante – o fluxo de seiva das plantas começaria a descender e se concentraria nos ramos e caules (RIVERA, 2005).

5.3.3 Os significados das plantas medicinais além da terapêutica fitoquímica

As plantas medicinais fazem parte de um universo cheio de significado dentro do contexto local, que vai muito além da terapêutica fitoquímica. Elas são utilizadas de diversas maneiras e com muitos propósitos pelas interlocutoras, como em rituais de benzeduras, simpatias, espantar “maus espíritos” e também por suas características de fortes ou fracas e frias ou quentes.

O ser humano sempre foi dependente do uso de plantas para a sua sobrevivência. Essa utilização vai desde as necessidades mais básicas como alimento e medicina, até para fins mágicos, ritualísticos e simbólicos. (BOSCOLO, 2013)

Algumas espécies de plantas têm significados místicos e são utilizadas para proteção física e espiritual. Segundo Azevedo e Silva (2006) as plantas usadas nas práticas religiosas refletem uma crença.

Durante uma visita a uma vizinha VZ1 de IC2 para trocar informações sobre plantas medicinais, por ser esta vizinha reconhecida na comunidade local como uma pessoa que tem uma grande variedade de plantas medicinais em sua propriedade. Ela questiona a senhora IC2 se conhece alguma *simpatia para matar lesmas*. A interlocutora IC2 relata: *Conheço uma simpatia para matar lesma, coloca um pano com cerveja no caule da planta.*

É possível perceber neste diálogo o significado não explícito da crença em que a simpatia é reconhecida como uma forma “natural/sobrenatural” para o cuidado com as plantas. Natural por ser um recurso que se não utiliza produtos químicos ou industrializados. Já o sobrenatural por se tratar do invisível, como a crença e a fé, das ligações entre a natureza das pessoas com a natureza das plantas.

A própria palavra simpatia já sugere uma coisa que não se explica. A palavra vem do grego e significa “sentir juntos o mesmo”. Embora a simpatia não se explique, o funcionamento dela supõe alguma relação íntima entre homens, animais, plantas e planetas. Para o uso das simpatias não há necessidade de uma pessoa especial (NERY, 2006).

Essa autora diferencia benzedura de simpatias explicando que enquanto as benzeduras são restritas a algumas pessoas escolhidas na comunidade e ocorre de forma reservada, as simpatias se caracterizam por ser qualquer recurso material que pode ser usado pelas pessoas em geral, para evitar o mal e alcançar o bem, mudando o curso dos acontecimentos. O valor da benzedura reside exatamente na sua privacidade e no fato de transmitir-se entre os escolhidos, sendo privilégio de um pequeno número de iniciados. Muitos benzedores acreditam ainda no poder das plantas medicinais e as utilizam durante a benção. Assim torna-se impossível separar a planta medicinal do rito mágico-religioso (NERY, 2006).

Assim os benzedores geralmente possuem uma relação próxima a natureza, sendo de grande importância a utilização dos recursos vegetais para o tratamento das enfermidades por meio da medicina popular, que inclui a participação mágico-religiosa garantindo a sua eficácia na cura de doenças, nas simpatias, nos benzimentos e na proteção do indivíduo e do seu meio (SILVA; FRANÇA, 2012).

Nesse sentido quando IC2 foi questionada sobre quais plantas seriam usadas nas benzeduras, referiu que seriam a arruda e o alecrim. A seguir ela explica que estas plantas são utilizadas, por serem mais sensíveis e absorverem as más energias, tanto da pessoa, quanto do local, por exemplo a casa.

E porque arruda ou alecrim? (Pesquisadora)

Isso são plantas que a gente mesmo não sabe, porque eu tive o exemplo quando o falecido do meu marido, ele sempre gostava muito, ele sempre molhava minhas coisas na volta da casa. E quando ele faleceu era em fevereiro, estava seco, e começou a chover e choveu a semana inteira. Eu fui olhar, cadê meu pé de alecrim, que era desse tamanho assim (aproximadamente 80 cm) e o pé de arruda, os dois mortinhos. Levei mais de três anos para poder fazer um pezinho desses ir para frente. (IC2)

Eu tenho dificuldade de plantar na minha casa, não aguenta. (Pesquisadora)

É então tu tem olho em cima de ti (se referindo a *mal olhado*), quer dizer que quando a gente tem muito olho. (IC2)

E aí a senhora acha que essas plantinhas absorvem o *olho*? (Pesquisadora)
Absorvem. Mas também quando elas morrer tem que dá jeito de planta outra. (IC2)

As plantas conhecidas como arruda, alecrim, além de algumas outras dependendo da região, são as mais usadas nos rituais de cura. A planta, conhecida popularmente como arruda é a mais utilizada e tem tanto o poder de curar as enfermidades, quanto o de proteção contra *mau olhado*. De acordo com Nery (2006), segundo a crença popular, as folhas do ramo, que exalam um forte odor principalmente se maceradas, quando usadas para benzer ficam murchas porque recebem o malefício que estava no doente. De acordo com IC2 até mesmo quando plantadas a arruda e o alecrim absorvem o *mal olhado*. E que, por isso é importante insistir nas suas culturas para a proteção da pessoa e de seu ambiente.

Além dos aspectos mágico-religioso em simpatias e benzeduras, e das ações fotoquímicas no organismo das pessoas, também são reconhecidas as suas atuações nos elementos de outras naturezas como a autoestima, limpeza do sangue e aspectos dicotômicos de frio-quente e de fraco-forte. Assim no diálogo a seguir, entre pesquisadora e interlocutora, é perceptível a explicação da associação do nome popular da planta com sua ação no organismo e como ela atua na *moral*, ou seja, na autoestima das pessoas que a utiliza. Ainda relata a sensação de crescimento, que está associado ao crescimento interno, mental.

Tem aqui também o chá do alevante, levanta a moral. É, com chá da folha. (V2)

É, levanta moral? Como é que é isso? (Pesquisadora)

É, levanta moral, se a gente está assim para baixo, *caídaça*, assim, está ruim, parece que não tem força, a gente toma um chazinho de alevante parece que em seguida a gente cresce. É levanta moral, eu anotei levanta moral porque levanta a moral mesmo, o chá do alevante. (V2)

Assim, quem está com baixa autoestima? Que está se sentindo assim, um nada, não presta para nada. (Pesquisadora)

É, isso mesmo, é. É eu sou uma coitadinha, sou uma pobrezinha. (V2)

Desde a medicina hipocrática até o século XIX, predominou a teoria dos humores para explicar todos os fenômenos biológicos e as impurezas contidas no sangue, causadores do estado mórbido. Por meio dela retirava-se o humor "vicioso" e outros tipos de humores que se acreditavam responsáveis pelas doenças (REZENDE, 2011). Outra forma de explicar a construção do universo através da compensação por pares opostos, oposições naturais, como vida e morte, direita e esquerda, macho e fêmea, luz e trevas, acima e abaixo, com forte conteúdo simbólico. A elas juntam-se categorias religiosas, como puro e impuro ou abençoado e amaldiçoado. Também no sistema simbólico de outros povos, tanto que Hipócrates

(460-377 a.C.) não foi o único a destacar a importância do equilíbrio das forças existentes no organismo humano como fundamento de um sistema explicativo da relação entre a saúde e a doença (RODRIGUES, 2001; SANT'ANA, 2008). De acordo com estes sistemas explicativos a interlocutora V2 expressa nos seus relatos o uso das plantas medicinais para a purificação do sangue que leva a purificação de todo organismo.

Para limpar o sangue é uma beleza, o guaco vai no xarope para tosse também. O nosso sangue estando limpo para onde ele passa? Para todo nosso corpo, né!? Então quer dizer que aonde ele passa, o guaco faz a limpeza, junto com a salsaparrilha ele limpa o sangue, até pra pessoas que tem sífilis no sangue. (V2)

A salsaparrilha é uma beleza para dores e também para limpar o sangue, quem tem o sangue sujo, tanto negócio de sífilis, essas coisas assim, a salsaparrilha ela é muito boa, mas aí tu vais tomar, é no inverno. No inverno tu vais tomar o chá da salsaparrilha com guaco, para o sangue, porque se é no verão que tu toma rebenta ferida, se o sangue é sujo. Ao invés de limpar, claro ele vai limpar, mas vai estourar tudo para fora. Então rebenta ferida no corpo todo às vezes, dependendo da quantidade de sujeira que tem no sangue e no inverno tu toma e ele trabalha, mas trabalha calmamente, não rebenta nada. (V2)

Desde Hipócrates as doenças são consideradas tanto a essas oposições diretamente quanto ao seu efeito em outras substâncias ou partes do corpo. Ele afirmava que o sofrimento é causado tanto pelo quente quanto pelo frio, tanto quando eles estão em excesso, como quando estão em falta. Ter saúde depende de um organismo equilibrado e isso só é possível quando nenhum fator prepondera sobre os outros. Os três principais órgãos do corpo são: o coração seco e quente, o cérebro úmido e frio e o fígado úmido e quente; o que faz com que o organismo tenda a estar mais próximo do quente que do frio, especialmente nas mulheres, uma vez que elas têm mais um órgão quente, o útero (RODRIGUES, 2001). Neste contexto, a interlocutora V2 explica o uso das plantas em diferentes situações, como para *tirar o frio*, tanto com uso de preparos de uso interno, para tratar problemas urinários, quanto externo no modo de loção para aliviar as dores musculares. Uso externo:

Composto para dores, eu botei para mim, aí eu fiz uma tintura de arruda separada, aí quando eu preparei isso aqui, botei uma medida de cada planta e uma medida de arruda e só misturei bem misturado e botei loção para dores. (V2)

Ah entendi, a loção é a tintura para usar externo assim, para esfregar. (Pesquisadora)

É. Para dores, só que eu acrescentei arruda, porque a arruda ajuda a tirar o frio também. (V2)

No diálogo entre a pesquisadora e a interlocutora sobre a planta que *tira o frio* no uso interno (para tratamento da cistite), ela ainda explica que não se pode *abusar*, ou seja, as atitudes da pessoa irão influenciar na sua condição de saúde, como os pés descalços.

A onda-do-mar é muito boa para a urina. Tu pode usar também pra cistite, é problema de urina, cistite, quando pega um frio. Aí tu vais fazer um chá da hortelã. (V2)

Porque que se usa a hortelã? (Pesquisadora)

Porque a gente não toma ela nem quente, nem frio, a gente toma morno, tira o frio. É para curar o frio, que às vezes tem pessoas que tão fazendo xixi até com sangue, do frio que pegou, então fica com cistite, dá aquela dor pra fazer xixi e pinga, sai sangue na urina, toma o chazinho da hortelã, precisa tu ver, é a mesma coisa que tirar com a mão. No segundo chazinho, no terceiro chazinho não tem mais cistite. (V2)

E só hortelã ou associa com ondas-do-mar? (Pesquisadora)

Não, essa daí é especialmente para cistite, não é junto com nada, é só ela sozinha. (V2)

Está, e aí cistite é o frio assim que a pessoa pegou? (Pesquisadora)

É o frio, é uma dor que dá assim por dentro. É uma dor para fazer xixi, é uma dor, uma dor assim, parece assim que tá uma coisa fincando no canal, aí tu toma esse chazinho, tem pessoas que de tanto querer fazer xixi, tanto querer fazer xixi e não faz, parece que aquilo ali, não sei, de onde que sai, mas sai aquelas gotas de sangue. (V2)

Eu seguidamente estava com cistite, quando eu comecei a urinar com sangue vivinho e aquela dor de queimar, aí eu fiz esse chá aí, fiquei fã. Do chá de hortelã. Então para cistite não tem coisa melhor que isso aí. No terceiro chá que eu tomei, nunca mais, não sei quantos anos faz isso filha, nunca mais. Apesar que eu não abuso. (V2.)

Eu me cuido, eu não boto (...) claro me cuido porque a gente quando está com idade a gente fica muito mais sensível. (V2)

A forte crença popular de que muitas enfermidades são causadas por exposição excessiva ao frio ou ao calor faz com que, frequentemente, se pratique o uso de alimentos ou medicamentos com possíveis propriedades antagônicas na tentativa de se restabelecer a temperatura adequada e, conseqüentemente, a saúde. Seguindo na lógica na medicina popular, o conceito de equilíbrio, particularmente no que se refere ao sistema quente/frio, é bastante difundido entre diferentes povos. A origem independente justificar-se-ia, possivelmente, pela capacidade de percepção de alterações no corpo, quando este é submetido a excessos, principalmente no que se refere às sensações físicas de frio e calor. A medicina oriental também postula que o corpo necessite manter-se equilibrado com o ambiente para garantir seu funcionamento harmônico. Para a medicina tradicional chinesa, o comprometimento deste equilíbrio é responsável por doenças (MOURA; MARQUES, 2008).

Segundo Rodrigues (2001), o indivíduo não é vítima, mas agente de sua própria doença. Ela é sempre consequência de ações da pessoa que adoeceu: o que fez, o que comeu, onde esteve. Ou seja, se uma pessoa adoece, tem de haver em seu comportamento mais ou menos próximo do evento algo que explique o aparecimento do problema, pois, conforme esses princípios, compreender a etiologia da doença é buscar uma ação que lhe tenha dado origem. O que se quer saber é por que a pessoa adoeceu, não o processo pelo qual a doença se instala e se desenvolve. Por isso, busca-se a causa da doença pela análise, a posteriori, das ações do doente. Nelas se encontrará a explicação para o aparecimento da doença.

Assim a senhora V2, relata a seguir que o uso de plantas medicinais em excesso pode provocar efeitos indesejados, como o uso de mais de três vidros de xarope de angico, podendo *secar o pulmão*. E esse efeito é explicado pela lógica Hipocrática como citado por Rodrigues (2001), as doenças que são causadas pela bile e o catarro, quando eles provocam muita secura ou muita umidade, muito calor ou muito frio no corpo.

Quando a pessoa está ruim, aqui a IC1 receita vamos dizer um vidro de xarope de angico, pode tomar até a terceira vez, três vidrinhos, toma um, depois a pessoa vem de novo toma outro, depois vem e toma o outro, parou aí. Tem um senhor que vinha aqui e tomava só três xaropes de angico. A IC1 me disse assim: “V2, não dá mais xarope para esse homem”. Eu disse: “ué, mas ele vem pedir irmã”, “mas engana ele, mas não dá xarope de angico”, aí eu tive que saber o porquê. Ela disse que é porque seca o pulmão. (V2)

Hipócrates afirmava que há dois elementos que compõem todas as criaturas vivas, o fogo e a água, e que, ao morrer, todos os componentes do corpo humano retornam à sua própria natureza. Ele descreveu quatro humores básicos: o sangue que é quente e úmido; o catarro que é frio e úmido, a bile negra que é fria e seca e a bile amarela que é quente e seca. São eles que determinam o equilíbrio de forças necessário para a manutenção da higidez do organismo.

Nas práticas medicinais populares o ser humano, as plantas e a magia atuam em conjunto para manutenção da saúde e proteção dos indivíduos. As manipulações dos elementos da natureza caracterizam a religiosidade popular e no modo de vida das populações amazônicas. Os vários elementos que formaram cultura brasileira vêm de tradições europeias, africanas e indígenas, constituindo uma grande e rica diversidade cultural e religiosa. Conhecer, registrar e valorizar as práticas e saberes

que as populações tradicionais possuem é conservar e perpetuar a cultura e a religiosidade local (SILVA; FRANÇA, 2012).

Neste capítulo foi observado o vasto conhecimento das interlocutoras a respeito das plantas utilizadas no cuidado, a partir do levantamento etnobotânico das plantas indicadas durante os atendimentos.

As interlocutoras demonstraram ter profundo conhecimento da ecologia e manejo das plantas medicinais utilizadas, considerando a influência dos ciclos da lua para o plantio, para a colheita e para a secagem das plantas medicinais.

No levantamento etnobotânico obteve-se um total 76 plantas indicadas pelas interlocutoras, 11 delas fazem parte do RDC 10. As folhas foram as partes das plantas medicinais mais utilizadas pelas interlocutoras. Esta relação significativa de espécies que são utilizadas pelas interlocutoras no cuidado à saúde, com a RDC 10 demonstra que o conhecimento popular tem muito a contribuir com o cuidado à saúde e reformulação de políticas de saúde.

Assim, os cuidados utilizando as plantas, realizados pelas interlocutoras, permeia tudo e todos, procurando integrar todos os aspectos da vida das pessoas, suas famílias e o ambiente em volta, fazendo sentido em seu contexto local. Nesse sentido, as interlocutoras relataram que seus saberes em relação às plantas medicinais iniciaram no contexto familiar, por meio da transmissão oral, o qual foi um incentivo no estímulo a ampliação dos seus saberes. Essa ampliação se deu por meio de livros, anotações e apostilas de cursos que fizeram. Ainda pode-se concluir que as plantas medicinais são utilizadas não apenas por suas eficácias farmacológicas, mas nos seus sentidos simbólicos e ritualísticos.

6 Considerações Finais

No conjunto dos capítulos dessa tese cuidado informal realizado pelas interlocutoras demonstra sua importância por apontar alternativas de cuidado integral, que dentro do sistema oficial de saúde, em muitas situações as pessoas não encontram.

No primeiro subcapítulo dos resultados e discussão foi descrita a contextualização das duas interlocutoras, as quais são reconhecidas como líderes locais no cuidado à saúde. Uma é líder da ONG, e a outra é reconhecida no contexto de rural onde reside, tendo sido representante em movimentos sociais, lutando pelos direitos das agricultoras. As duas interlocutoras possuem visões de mundo bastante distintas e adotam práticas de uso das plantas medicinais no cuidado à saúde baseadas em princípios diferentes, porém não divergentes. No entanto, ambas têm em comum a preocupação com o cuidado à saúde, o fato de serem referência no uso popular de plantas medicinais, e também a reconhecida liderança na comunidade. Além disso, ambas são mulheres, com idade avançada e não atribuem valor monetário ao atendimento às pessoas que as procuram. Nos dois contextos observados, urbano e rural, seus ambientes transmitem sensação de tranquilidade, paz e equilíbrio. Ainda é possível constatar a influência da religiosidade e espiritualidade, presentes em diferentes momentos, como no início das atividades de atendimento ao público na ONG e nas benzeduras. A dispersão do conhecimento relacionado as plantas medicinais entre as comunidades religiosas, por meio de oficinas, programa de rádio e contato telefônico.

Os resultados e discussões do segundo subcapítulo aponta para a descrição do cuidado realizado pelas interlocutoras sob um enfoque cultural e suas práticas de cuidado à saúde. Essas práticas integraram atividades de autoatenção, as quais totalizaram 11, sendo elas: homeopatia popular, meditação, Reiki, benzeduras,

plantas medicinais, acupuntura, espiritualidade, *Jin Shin Jyutsu*, relações sociais e o sistema oficial de saúde. As primeiras opções de prática de cuidado eram, homeopatia popular, na ONG, e a benzedura, na área rural. Ainda, as plantas medicinais permeiam diversas práticas de cuidado à saúde realizadas pelas interlocutoras. No contexto das interlocutoras, às relações sociais visam a manutenção e ampliação da rede de cuidado. Para elas, o cuidado está relacionado a uma visão integral, por meio da prevenção e do tratamento de doenças, assim como a realização de benzeduras, permeado pelas relações familiares, entre os voluntários, vizinhos e com a comunidade.

O terceiro subcapítulo o apresentou o levantamento etnobotânico e sistematizou o conhecimento das interlocutoras relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais, de acordo com as características terapêuticas no cuidado à saúde. Foram descritas 76 plantas medicinais indicadas pelas interlocutoras, sendo que destas 11 estão descritas na RDC 10. As folhas foram as partes das plantas medicinais mais utilizadas. As interlocutoras demonstraram ter denso conhecimento no manejo das plantas medicinais utilizadas, também consideraram a influência das fases da lua no plantio, na colheita e na secagem das plantas. Os cuidados realizados pelas interlocutoras utilizando as plantas medicinais, permeia tudo e todos, o qual integra os aspectos da vida das pessoas, suas famílias e o ambiente, fazendo sentido em seu contexto local. Desse modo, pode-se inferir que as plantas medicinais são utilizadas não apenas por suas eficácias farmacológicas, mas nos seus sentidos simbólicos e ritualísticos.

Com a elaboração dessa tese foi possível observar que o cuidado entremeia desde as pessoas que procuram atendimento, às que oferecem tal cuidado e o ambiente em volta, no qual animais, plantas, ar, terra e água fazem parte do mesmo ciclo de cuidado e convivência.

Estudos complementares necessitam ser realizados, para que se possa ampliar o reconhecimento das diversas formas de cuidar. Também para que o sistema oficial de saúde possa incorporar dentro de sua rede de atenção o cuidado integral que considere outras esferas dos sistemas de autoatenção.

Os resultados apresentados nesta tese, relacionados ao contexto sociocultural de cuidado das interlocutoras, buscou contribuir ao combate de posturas e atitudes etnocêntricas, ou seja, prática do profissional do sistema oficial

de saúde de impor a sua própria cultura (hegemônica e elitista) aos usuários dos serviços de saúde. Desse modo, reconhecer as práticas populares de cuidado à saúde se torna importante no instante em que esse sabedor é preservado e interage com o conhecimento científico, considerando o contexto cultural. A enfermagem, nesse sentido, precisa desenvolver uma postura flexível que permite compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas reconhecendo-os como diferentes. Uma vez que o cuidado integral é uma necessidade para a prática de enfermagem, tendo em vista que possibilita entender melhor as relações familiares, as crenças, de uma maneira mais abrangente, as condições sociais de vida, com respeito a diversidade cultural humana.

7 Financiamento

A doutoranda foi contemplada com uma bolsa de doutorado sanduíche de quatro meses, a qual foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), realizado no Departament d'Infermeria da Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha. Bolsista da CAPES - Proc. nº 99999.004524/2014-04.

As despesas necessárias para a execução deste trabalho, foram custeadas pela autora da tese.

Referências

ABÍLIO, V. M. F.; MESQUITA, B. da S.; Silva, E. D. da; CARVALHO, F. V. de Q.; MACÊDO, L. L. A. de; CASTRO, R. D. de. Atividade antifúngica de produtos naturais indicados por raizeiros para tratamento de candidíase oral. **Revista Cubana de Estomatología**, v.51, n. 3, p. 259-269, 2014.

ALBUQUERQUE, U.P. The use of medicinal plants by the cultural descendants of African people in Brazil. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 20, p.139-144, 2001.

ALBUQUERQUE, U.P.(Org.). **Atualidades em etnobiologia e etnoecologia**. Recife: Nupeea, 2006.

ALBUQUERQUE, U.P.; HANAZAKI, N. As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas. **Revista brasileira de farmacognosia**, João Pessoa, v. 16, supl. P. 678-689, Dec. 2006 .

ALENCAR, G. V. de; MENDONÇA, E. de S.; OLIVEIRA, T. S. de; JUCKSCH, I.; CECON, P. R. Percepção Ambiental e Uso do Solo por Agricultores de Sistemas Orgânicos e Convencionais na Chapada da Ibiapaba, Ceará. **RESR**, Piracicaba-S, v. 51, n 2, p. 217-236, abr/jun 2013.

ALMASSY JÚNIOR, A.A. **Análise das características etnobotânicas e etnofarmacológicas de plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas, Ouro Preto-MG**. 2004. 130p. Tese (Doutorado em Fitotecnia) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.

ALMASSY JÚNIOR, A. A.; LOPES, R. C.; ARNOLD, C.; SILVA, F. da; CASALI, V. W. D. **Folhas de chá: plantas medicinais na terapêutica humana**. Viçosa: Editora da Universidade Federal de Viçosa, 2005. 233p.

ALMEIDA, C.F.B.; ALBUQUERQUE, U.P. Uso e conservação de Plantas e animais medicinais no estado de Pernambuco (Nordeste do Brasil): um estudo de caso: **Interciência**, v.26, n.6, p.276-85, 2002.

AMARAL, E. F. **Conhecimento e (re) conhecimento na educação popular**: uma reflexão sobre a experiência educacional da ABHP. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

AMOROZO, M. C. M. A perspectiva etnobotânica e a conservação de biodiversidade. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BOTÂNICA DE SÃO PAULO, 14, 2002, Rio Claro. **Resumos...** Rio Claro: UNESP, 2002. 2 p.

ANDRADE, J. K. B. de; Andrade, A. B. A. de; AZEVÊDO, S. M. A. de; PESSOA, R. M. dos S.; COSTA JÚNIOR, D. S. da. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no município de Poço de José de Moura – PB. **Revista Verde** (Mossoró – RN - BRASIL), v. 8, n.4, p. 253 - 257, out./dez., 2013.

ANDRÉ, M. E.D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 2008.

ANTONIO, G.D.D.; TESSER, C.; MORETTI-PIRES, R.O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 17, n 46, p. 615-633, jul./set., 2013.

ARAÚJO, R. O.; SILVA, D. C.; SOUTO, R. Q.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. V. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan.**, v.16, n.1, p. 56-66., 2016.

ARRIEIRA, I. C. D. O.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; PALMA, J. S. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n. 2, p. 314-321, 2011.

ASSIS, R. L. de; ROMEIRO, A. R. Agroecologia e Agricultura Orgânica: controvérsias e tendências. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, v. 6, p. 67-80, 2002.

AZEVEDO, S.K.S.; SILVA, I. M. Plantas medicinais e de uso religioso comercializados em mercados e feiras livres no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, São Paulo, v.20, n. 1, p. 185-194, jan./mar. 2006.

BADKE, M.R.; BUDÓ, M. L. D.; ALVIM, N. A. T.; ZANETTI, G. D.; HEISLER, E. V. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n. 5, p. 1-8, 2010.

BAHIA, J. **O tiro da bruxa: identidade, magia e religião na imigração alemã**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

BALDINO, J. M.; LOURES, P. M.; ALMEIDA, M.Z.C.M. de. A educação nas manifestações culturais populares religiosas: benzedores e a transmissão de saberes e “segredos”. **Caminhos**, Goiânia, v. 13, n. 2, p.388-400, jul./dez. 2015.

BAPTISTEL, A. C.; COUTINHO, J. M. C. P.; LINS NETO, E. M. F.; MONTEIRO, J. M. Plantas medicinais utilizadas na Comunidade Santo Antônio, Currais, Sul do

Piauí: um enfoque etnobotânico. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 406-425, 2014.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001, 261f. Teste (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 307-14, abr./jun. 2007.

BORGES, A. M. **Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiros**: contribuições à enfermagem. 2010.115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

BOSCOLO, O. H. Para comer, para beber ou para remédio? Categorias de Uso múltiplo em Etnobotânica. **Cadernos UniFOA**, Especial Ciências da Saúde e Biológicas - Ciências Biológicas e da Saúde. n. 1, p. 61-67, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção de Administração e Finanças. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. 2009. 1p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária. **Resolução-RDC Nº 10 de 09 de março de 2010**. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais. Brasília, DF, 2010.

BRASIL, **Numenati** - Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas e Integração, Secretaria de Estado de Saúde do DF. Práticas Integrativas em Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n º 466 de 12 de dezembro de 2012** – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

BUDÓ, M. L. D.; RESTA, D. G.; DENARDIN, J. M.; RESSEL, L. B.; BORGES, Z. N. Práticas de cuidado em relação à dor. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. v.12, n.1, p. 90-6, mar. 2008.

CAHN, B. R.; POLICH, J. Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. **Psychological Bulletin**. v.132 n.2 p.180-211, 2006.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom**. O Terceiro Paradigma. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAPORAL, F.R. (Org.); AZEVEDO, E. O. (Org.). **Princípios e Perspectivas da Agroecologia**. 1.ed. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2011. v.1. 192 p.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 30ª ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CARBOGIM, F. C.; FRIEDRICH, D. B. C.; PUSCHEL, V. A. A.; OLIVEIRA, L. B. de; NASCIMENTO, H. R. do. Nursing and environmental health: portfolio as mediator from the historical-cultural perspective. **Journal of Nursing UFPE on line** v. 8, n. 5, p. 1400-4, 2014.

CARBOGIM, F. da C.; FRIEDRICH, D. B. C.; REBEIRO, L. PÜSCHEL, V. A. A.; OLIVEIRA, L. B. de; SANTOS, A. A. dos. Sentidos da Integralidade no Contexto do Cuidado em Saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud/*. **Atas CIAIQ**. v. 1. p. 23-26, 2015.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. Pesquisa em *versus* pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E.; ORO, A. P. (Org.). **Antropologia e Ética**. O debate atual no Brasil. Niterói: EdUFF, 2004. p. 33-44.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: editora Unesp, 2006.

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CASTELLUCCI, S.; LIMA, M.I.S.; NORDI, N.; MARQUES, J.G.W. Plantas medicinais relatadas pela comunidade residente na Estação Ecológica de Jataí, município de Luís Antonio/SP: uma abordagem etnobotânica. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.3, n.1, p.51-60, 2000.

CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica do sul do Brasil**. 2009, 153p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]-Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; PILLON, C. N. Medicinal plants: knowledge transmission in families of ecological farmers in souther Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011.

CEOLIN, Teila. **Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul**. 2016. 217f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

CIELO, P. F. L. D.; RESENDE, E. S. de. O direito real de usufruto . **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3795, nov. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25857>>. Acesso em: 15 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) [homepage na Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

COMERFORD, J. Comunidade rural. In: MOTTA, M. (Org.). **Dicionário da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 112-120.

CORRÊA JÚNIOR, C.; SCHEFFER, M. C. Boas Práticas Agrícolas (BPA) de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares. Curitiba: Instituto Emater, 2013. 52 p.

COSTA, I. B. C. **Etnobotânica e práticas agroecológicas na comunidade rural rio dos couros**, CUIABÁ, MATO GROSSO, BRASIL. 2015 130 f. Dissertação (Mestrado em Agronomia/Horticultura) - Faculdade de Ciências Agrônômicas, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

COSTA, M. A. G. **Aspectos etnobotânicos do trabalho com plantas medicinais realizado por curandeiros no município de Iporanga**, SP. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Agrônômicas/Horticultura)- Faculdade de Ciências Agrônômicas, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

COSTA, V.P; MAYWORM, M.A.S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. v.13, n.3, p. 282-292, 2011.

DE OLIVEIRA, M.; MORAES, J. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, 2010. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/723/387> Acesso em: 23 set. 2013.

DOMENICO, G.; WOOD, E. **Técnica de massagem de Beard**. São Paulo; Manole; 1998.

EMPINOTTI, J. C.; UYEDA, H.; RUARO, R. T.; GALHARDO, A. P.; BONATTO, D. C. Pyodermitis. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 87, n. 2, p. 277-284, apr. 2012.

ESPERANDIO, M. R.; ZAPERLON, M.; ZORZI, P.; SILVA, T.; MARQUES, L. F. A Religiosidade/Espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde.

Interações – Cultura e Comunidade, Belo Horizonte, Brasil, v.10 n.18, p. 195-209, jul./dez., 2015.

FALKEMBACH, E. M.F. Diário de campo : um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, jul./set. 1987.

FALLER, J. W.; MARCON, S. S. Cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. v. 17, n. 3, p. 512-519, jul./set., 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 7 ed. Curitiba: Positivo, 2008. 896p.

FLACH, J.L.; SUZIN, L.C. O paradigma do dom. **TEOCOMUNICAÇÃO - FATEO – PUCRS**, Porto Alegre, v.36, n.151, p. 179-208, 2006.

FLORES, G. C. et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 10, n. 3, p. 533-540, jul./set. 2011.

FLORES, L. **Nación Pachamama**. Disponível em: <http://www.nacionpachamama.com/#!/aboutus/c161y>. Acesso em: 07 jan. 2016.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. p. 205-227.

FREITAG, V. L.; SARTORI, I. D.; BADKE, M. R.; DE ANDRADE, A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1032-1040, Out.-Dez., 2014.

GARLET, T. M. B.; IRGANG, B. E. Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por mulheres trabalhadoras rurais de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 4, p. 9-18, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GELBCKE, F. L.; REIBNITZ, K. S.; PRADO, M.L.; LIMA, M. M.; KLOH, D. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 116-119, 2011.

GIL, T.G.; GIMENO, L. M.; GONZÁLEZ, R. L. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p.155-61, 2006.

GOLEMAN, D. J. **The meditative mind: The varieties of meditative experience**. New York: G.P. Putnams Sons, 1988.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografía – Métodos de investigación**. 2. ed. 10ª impressão. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 2014.

HECK, R. M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000, 297p. Tese [Doutorado em Enfermagem]-Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.

HOLANDA, V. M. de S.; MELLO, M. L. **A relação entre saúde e cultura nas práticas terapêuticas da Umbanda em Fortaleza-CE e no Rio de Janeiro-RJ**. 2014. Disponível em: http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401885503_ARQUIVO_TextoREA2014.pdf. Acesso em: 13 set. 2015.

HONERVOGT, T. **Reiki: cura e harmonia através das mãos**. 4a ed. São Paulo (SP): Pensamento; 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades** [internet]. Censo de 2010. Disponível em: <http://106am.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 25 abr. 2016.

IRIART, J.A.B. **Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da Antropologia da Saúde para a Saúde Coletiva**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2003.

JOVCHELEVICH, P.; CÂMARA, F. L. A. Influência dos ritmos lunares sobre o rendimento decenoura (*Daucus carota*), em cultivo biodinâmico. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 3, n. 1, p. 49-57, 2008.

KLATT, O.; LINDNER, N. **O Reiki e a medicina tradicional**. 1a ed. São Paulo (SP): Pensamento; 2009.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v.12, n.2B, p. 85-95, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry**. California: Regents; 1980.

LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.128-147.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-81, 2010.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York, NY: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, Madeleine. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v.13, n.3, p.189-92, jul. 2002.

LENARDT, M. H; MICHEL, T; MELO, L. P. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. **Colomb Med.** v.42, n.2, p.70-7, 2011.

LEVINE, M. **The positive psychology of buddhism and yoga**: Paths to a mature happiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

LOPES, C. V. et al. Informantes *folk*: concepções de saúde. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1152-56, dez. 2013.

LOPES, C. V. **Informantes folk em plantas medicinais no sul do Brasil: contribuições para enfermagem**. 2010.108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

LUZ, F. J. F. Plantas medicinais de uso popular em Boa Vista, Roraima, Brasil. **Horticultura Brasileira**, v.19, n.1, p. 88-96, 2001.

MACEDO, M.; FERREIRA, A. R. Plantas hipoglicemiantes utilizadas por comunidades tradicionais na Bacia do Alto Paraguai e Vale do Guaporé, Mato Grosso - Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. v.14, suppl. 01, p. 45-47, 2004.

MAGALHÃES, V. C.; SILVA, D. M. SILVA, da F.; ALMSSY JR., A. A.; MARTINS, M. L. L.; MACEDO, T. P. Levantamento etnobotânico na comunidade rural Sapucaia em Santo Antônio de Jesus, Recôncavo da Bahia-BA. **Revista Brasileira de Agroecologia**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 2071-2074, 2009.

MAPAS PARA COLORIR. Disponível em:
<<http://www.mapasparacolorir.com.br/mapa-estado-rio-grande-do-sul.php>> Acesso em: 09 fev. 2016.

MARTIN, G.J. **Etnobotánica**: pueblos y plantas, manual de conservacion. Montevideo: Nordan-Comunidad, 1997.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Cosac e naify: São Paulo, 2003.

MENDONÇA FILHO, R. F. W.; MENEZES, F. S. Estudo da utilização de plantas medicinais pela população da Ilha Grande - RJ. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.13, sup.01, p. 55-58, 2003.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p.33-69, 2005.

MENÉNDEZ, E.L. **Sujeitos, saberes e estrutura**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 437p.

MINAYO, M.C. de S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HICITEC-ABRASCO, 2010.

MINTZ, S. W. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MONTEIRO, D.A.; IRIART, J.A.B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1903-1912, ago., 2007.

MORAN, K.; KING, S. R.; CARLSON, T. J. Biodiversity prospecting: lessons and prospects. **Annual Review Anthropology**, n. 30, p.505-526, 2001.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MOURA, F. B. P.; MARQUES, J. G. W. Zooterapia popular na Chapada Diamantina: uma medicina incidental? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Supl. 2, p. 2179-2188, 2008.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M.M.F. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. **Ciência Cuidado e Saúde**. v.8, supl., p. 23-30, 2008.

NAKAMURA, E.; MARTIN. D.; SANTOS, J. F. Q. dos. **Antropologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2009.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. O uso da fotografia na pesquisa em Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 237-50, 2002.

NERY, Vanda Cunha. "Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé." **VI Encontro dos Núcleos de Pesquisas da Intercom**, 2006.

NOBRE, I. M. A fotografia como narrativa visual. **Revistainter-legere, Reflexões**, v. 5, p. 66-82, 2009.

OLIVEIRA, E. R. de. **O que é benzeção**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, E. R.; MENINI NETO, L. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte – MG. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 14, n. 2, p. 311-320, 2012.

OLIVEIRA, E.C.S.; TROVÃO, D. M.B.M. O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. **Revista Brasileira Biociências**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 245-251, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: editora Unesp, 2006.

OXFORD. **Dicionário Oxford Escolar**: para estudantes brasileiros de inglês: português/inglês, inglês/português. New York: Oxford University Press, 2007.

PASSOS, L. A. Doença e o sentido da vida. **Dinamizando**, Cuiabá, ano 5, n. 13, p. 2, 1994.

PATZLAFF, R. G.; PEIXOTO, A. L. A pesquisa em etnobotânica e o retorno do conhecimento sistematizado à comunidade: um assunto complexo. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 237-246, 2009.

PEIXOTO, A. L.; MAIA, L. C. **Manual de Procedimentos para Herbários**. Recife: Editora universitária- UFPE, INCT, 2013.

PENTEADO, S. R. **Agricultura orgânica**. Série Produtor Rural. Edição Especial. Piracicaba: ESALQ - Divisão de Biblioteca e Documentação, 2001.

PEREIRA, R.C.; OLIVEIRA, IC1R.; LEMOS, G.C.S. Plantas utilizadas como medicinais no município de Campos de Goytacazes - RJ. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.14, n.1, p.37-40, 2004.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: uma ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 15-28.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança do direito. In.: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica - Itacaré, BA, Brasil. **Acta Botânica Brasílica**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.751-762, dec. 2006.

PIRIZ, M. A. **Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L., ERDMANN, A.L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado visualizando a prática social do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.13, n.4, p.583-90, jul./ago. 2005.

RAMOS, M. O. A comida nas histórias da “colônia”: um estudo etnográfico das mudanças alimentares entre famílias rurais de Maquiné (Rio Grande do Sul, Brasil). In: MENASCHE, R; ALVAREZ, M.; COLLAÇO, J. (Org). **Dimensões socioculturais da alimentação: diálogos latino-americanos**. Editora da UFRGS, Porto Alegre, 2012. p. 229-244.

REZENDE, J. M. de. **MODISMOS NA HISTÓRIA DA MEDICINA**. 2011. p. 1-4, Adaptado do livro *Vertentes da medicina*, São Paulo, Ed. Giordano, 2001, p.37-50. Disponível em: <<http://www.medicinacomplementar.com.br/convertido/do-0516.htm>>. Acessado em: 21 jun. 2014.

RIVERA, J. R. **La Luna**: El sol nocturno en los tropicos y sua influencia en la agricultura. Colombia-Brasil-México: Fundación Juquira Candirú, 2005. 86 p.

RODRIGUES, A. G. Buscando Raízes. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 7, n.16, p.131-144, dez. 2001.

RODRIGUES, J. S. C. Estudo etnobotânico das plantas aromáticas e medicinais. In: FIGUEIREDO, A. C.; BARROSO, J. G.; PEDRO, L. G. (Ed.). **Potencialidades e aplicações das plantas aromáticas e medicinais**. Curso Teórico-Prático. 3. ed. Lisboa: Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa - Centro de Biotecnologia Vegetal, Portugal. 2007. p. 168-174.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.311-8, 2011.

SADER, M. **O poder do Reiki**. 1ª ed. São Paulo (SP): Pensamento; 2012.

SANT'ANA, H. **Medicina hindu**: práticas eruditas e populares. Workshop Plantas Medicinais e práticas Fitoterapêuticas nos Trópicos. IICT / CCCM, 29, 30 e 31 de Outubro de 2008.p. 1-13.

SANTOS, L. H. dos; GARCIA, R. S. M.; CERQUEIRA, B. R.; CARVALHO, R. da S.; LEDO, C. A. da S. Influência do Ciclo Lunar no Desenvolvimento e Rendimento de Coentro *Coriandrum sativum* L. – Porto Alegre, RS, 2013. **Resumos do VIII Congresso Brasileiro de Agroecologia** – Porto Alegre/RS – 25 a 28/11/2013. Cadernos de Agroecologia, v. 8, n. 2, p. 1-6, Nov. 2013.

SANTOS, M. R. A.; LIMA, M. R.; FERREIRA, M. G. R. Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia. **Horticultura Brasileira**, v.26, n.2, p. 244-250, 2008.

SANTOS, O.; LOPES, S. G.; FERREIRA, M.; VALE, G. Tecnologia do saber: a complexidade do conhecimento lunar no viver rural. In: ENCONTRO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA, 4.; FÓRUM DE DEBATES SOBRE A PEDAGOGIA DA ALTERNÂNCIA, 1., 2012, Seropédica. **Resumo...** Disponível em: < <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/IVEncontroEducacaoAgricola/Trabalhos/16.pdf> >. Acesso em: 03 de Maio 2013

SHAPIRO, S. L.; SCHWARTZ, G. E.; SANTERRE, C. Meditation and positive psychology. In: SNYDER, C. R.; Lopez, S. J. **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford USA Trade, 2005. p. 632-645.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, v.7, n.12, p.101-22, 2003.

SILVA JUNIOR, A.A.; MICHALAK, E. **O Éden de Eva**. Florianópolis: Epagri, 2014, 227p.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integrality of health care: indications from the training of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, D.D.C. S.; FRANÇA, E.C.O. **Plantas que curam**: eficácia simbólica na religiosidade popular. Anais dos Simpósios da ABHR, 13. 2012.

SILVA, M.D.; DREVECK, S.; ZENI, A.L.B. Estudo etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pela população rural no entorno do Parque Nacional da Serra do Itajaí - Indaial. **Revista Saúde e Ambiente**, v.10, n.2, p.54-64, 2009.

SILVA, P.L.N.; ABREU, G.G.D.; FONSECA, J.R.; SOUTO, S.G.T.; GONÇALVES, R.P.F. Diagnóstico e intervenções de enfermagem em paciente com erisipela: estudo de caso em um hospital de ensino. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol. 4, n. 4, p. 1512-26, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/591>. Acesso em: 23 Nov. 2015.

SIQUEIRA, K. M. ; BARBOSA, M.A. ; BRASIL, V. V. ; OLIVEIRA, L. M. C. ; ANDRAUS, L. M. S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 68-73, 2006.

SOUZA, A. D. Z.; CEOLIN, T.; VARGAS, N. R. C.; HECK, R. M.; LOPES, C. V.; BORGES, A. M.; MENDIETA, M. C. Plantas medicinais utilizadas na saúde infantil. **Enfermería Global**. n. 24, p. 46-52, 2011.

SOUZA, C.S. Infecções de tecidos moles - Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. **Medicina, Ribeirão Preto**, n. 36 p. 351-356, abr./dez. 2003.

SOUZA, J. L. **Manejo orgânico de solos: a experiência da Emcaper**. (Boletim Informativo). Viçosa: SBSCS, v. 4, p. 13-16, 2000.

STRACHULSKI, J.; FLORIANI, N. Conhecimento popular sobre plantas: um estudo etnobotânico na comunidade rural de linha Criciumal, em cândido de Abreu- PR. **Revista Geografar**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 125-153, 2013.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. 14. ed. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 2013. 343p.

TEJADA, C. A. O.; GONCALVES, B. P. Desenvolvimento socioeconômico de Pelotas: uma análise comparativa do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no período de 1991 a 2010. In: 7o Encontro de Economia Gaúcha, 2014, Porto Alegre. Anais do 7o Encontro de Economia Gaúcha, 2014.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêuta. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 115-121, 2006.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta Paulista de enfermagem**, v.22, n.3, p. 272-280, 2009.

TOSATO, J.de P.; BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; CARIA, P. H. F. Efeito da massoterapia e da estimulação elétrica nervosa transcutânea na dor e atividade eletromiográfica de pacientes com disfunção temporomandibular. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.14, n. 2, p. 21-26, 2007.

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE. **Entrevista**: Eduardo Luis Menéndez Spina. Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 335-345, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2015.

TRAVELL, T. G.; SIMONS, D. G. **Myofacial pain and dysfunctions**: the trigger point manual. Baltimore: Willians & Wilkins, 1983.

VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.2, p. 308-313, 2008.

VENDRUSCOLO, G.S.; MENTZ, L.A. Levantamento etnobotânico das plantas utilizadas como medicinais por moradores do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Iheringia**, Série Botânica, v.61, n.1/2, p.83-103, 2006.

VÍCTORA, C.G. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface** (Botucatu), v.19, n.55, p.1089-1100, dez., 2015.

WALDOW, V.R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems**. Geneva: WHO, 2004.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural sobre o uso de plantas medicinais**

Orientadora: Dr^a Rosa Lía Barbieri; E-mail: lia.barbieri@embrapa.br

Coorientadora: Rita Maria Heck; E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

Orientanda: Caroline Vasconcellos Lopes; E-mail: carolinevaslopes@gmail.com; Tel: (53) 8421-0135

Eu, Caroline Vasconcellos Lopes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, estou desenvolvendo a pesquisa com o objetivo geral de descrever o cuidado, realizado pelos representantes do sistema informal de saúde com as plantas medicinais, sob um enfoque cultural.

Procedimentos: a pesquisa será realizada através de observação com anotações em diário de campo e entrevista. A entrevista será gravada, após transcrita e analisada junto com as dos demais participantes. Nenhum participante será identificado. Os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos e estarão a sua disposição e demais participantes.

Riscos: esta pesquisa não acarretará riscos ou danos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O (a) Sr^a responderá apenas questões de livre e espontânea vontade. Em caso de as perguntas acarretarem desconforto emocional ou constrangimento, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Benefícios: esta pesquisa visa valorizar, reconhecer e refletir sobre suas atividades e conhecimentos com relação ao cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais.

Desta forma, pelo presente consentimento, eu, _____
RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data: _____, ____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa

Caroline Vasconcellos Lopes
Pesquisadora

Apêndice B – Termo de Consentimento para Registro Fotográfico
Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Termo de Consentimento para registro fotográfico

Pesquisa: **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural sobre o uso de plantas medicinais**

Orientadora: Dr^a Rosa Lía Barbieri; E-mail: lia.barbieri@embrapa.br

Coorientadora: Rita Maria Heck; E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

Orientanda: Caroline Vasconcellos Lopes; E-mail: carolinevaslopes@gmail.com; Tel: (53) 8421-0135

Eu, Caroline Vasconcellos Lopes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, estou desenvolvendo a pesquisa com o objetivo geral de Descrever o cuidado, realizado pelos representantes do sistema informal de saúde com as plantas medicinais, sob um enfoque cultural.

Procedimentos: será utilizado o registro fotográfico com intuito de obter imagens que facilite a compreensão e a descrição das atividades de cuidado realizadas, as quais serão realizadas apenas em situações consideradas importantes pelo pesquisador, isto é, não sendo utilizada durante todos os momentos da coleta de dados. O registro fotográfico não pretende identificar os participantes da pesquisa, a não ser que esse seja um pedido do próprio participante. Os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos e estarão a sua disposição e demais participantes.

Riscos: esta pesquisa não acarretará riscos ou danos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Em caso de desconforto emocional ou constrangimento pelos participantes, devido aos registros fotográficos, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum, e ainda o pesquisador realizará o descarte das fotografias realizadas. Estas fotografias não têm como objetivo identificá-lo, então em situações que o contexto da fotografia permita reconhecê-lo, será utilizado um recurso de distorção imagem no rosto, para poder utilizá-las nos trabalhos acadêmicos, de maneira anônima.

Benefícios: este procedimento possibilita demonstrar através das imagens capturadas as práticas e atividades de cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais que realiza no momento histórico vivido, podendo servir como registro pessoal para a posteridade das práticas realizadas no presente e de participação na pesquisa. Ainda, esta pesquisa visa valorizar, reconhecer e refletir sobre suas atividades e conhecimentos com relação ao cuidado à saúde utilizando as plantas medicinais que realiza.

Desta forma, pelo presente consentimento, eu, _____, RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data: _____, ____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa

Caroline Vasconcellos Lopes
Pesquisadora

Apêndice C – Roteiro para Registro no Diário de Campo

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

Hora início: _____ Hora término: _____

Local: _____

Situações vivenciadas (identificação da pessoa observada): _____

Elementos para serem observados em uma situação de pesquisa

Os ambientes (internos/externos):

- * conteúdo e localização dos objetos no espaço;
- * relação entre ambiente interno e externo;
- * relação das pessoas com o espaço;
- * distância/proximidade entre pessoas no local observado;
- * distância com relação ao observador;
- * modificação na espacialidade ao longo do período de observação.

Os comportamentos das pessoas no grupo:

- * postura corporal;
- * normas de conduta explícitas e implícitas;
- * toques;
- * contato visual.

As linguagens:

- * verbal e não verbal;
- * tom de voz;
- * vocabulário.

Os relacionamentos:

- * as pessoas observadas entre si;
- * as pessoas observadas com o observador;
- * o comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados;
- * como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem.

O tempo em que ocorrem os processos observados:

- * sequência de eventos;
- * diferentes momentos do objeto investigado.

(Roteiro adaptado de Victora, 2000).

Data da entrevista:

I. IDENTIFICAÇÃO

- 1- Nome pelo qual é conhecido na comunidade _____
- 2- Localidade (cidade- colônia ou bairro) _____
- 3- Data de nascimento _____
- 4- Escolaridade (até que série estudou) _____
- 5- Ascendência _____
- 6- Religião _____

II. QUESTÕES DE ENTREVISTA

1. Com quem a senhora aprendeu a utilizar as plantas medicinais?
2. Quando a senhora começou a realizar o cuidado à saúde? E com as plantas medicinais?
3. Onde a senhora busca o conhecimento sobre o cuidado à saúde com uso das plantas medicinais?
4. Como a senhora faz a identificação das plantas medicinais?
5. Quando a senhora tem dúvida sobre como utilizar/identificar alguma planta, como ela é esclarecida?
6. A senhora conhece alguém da comunidade que realiza o cuidado a saúde a outras pessoas e /ou indica plantas medicinais?
7. Na sua opinião, porque a senhora se tornou uma referência no cuidado a saúde?
8. A senhora costuma avaliar os resultados dos cuidados a saúde?
9. De que forma a senhora avalia estes resultados do cuidado realizado?
10. Para a senhora o que é saúde?
11. Para a senhora o que é doença?
12. O que é o cuidado à saúde para a senhora?
13. Que cuidados a senhora sabe que são necessários para o plantio das plantas medicinais?
14. Que cuidados a senhora acredita que são necessários para a colheita das plantas medicinais?
15. Que cuidados a senhora pensa que são necessários no momento do preparo de remédios com plantas medicinais?
16. Na sua opinião, a utilização diária de plantas medicinais pode ser causar algum problema de saúde?

Anexo

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO NO SISTEMA INFORMAL DE SAÚDE: um enfoque cultural sobre o uso de plantas medicinais

Pesquisador: CAROLINE VASCONCELLOS LOPES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 30279214.9.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 705.696

Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:

O ser humano, por natureza, tem buscado várias alternativas terapêuticas na tentativa de eliminar os males físicos ou psicológicos. As diferentes ações de cuidado à saúde estão relacionadas ao contexto sociocultural, que caracteriza cada momento histórico vivido. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade local podem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença

(SIQUEIRA et al., 2006). Nesse sentido, refletir sobre o sistema de atenção em saúde como um sistema cultural, ajuda a compreender os múltiplos caminhos (terapias alternativas, rezas, cuidado domiciliar, entre outros) percorridos pela população para o alcance da cura ou do alívio de seus problemas de saúde (LEININGER, 2002; LANGDON; WIIK, 2010; KLEINMAN, 1980) Desde a década de 70 tem-se percebido que o modelo biomédico de atenção curativista e pautado na doença não é suficiente para atender as necessidades das populações. Nessa mesma década houve o movimento de reforma sanitária em grande parte dos países ocidentais, na busca de um cuidado integral, voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida (LOPES, 2010). O Sistema Único de Saúde foi formulado com base em um modelo de saúde que atendesse às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado com o bem-estar social, no que se refere à saúde de indivíduos, grupos e famílias, considerando-o como um dos direitos de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepceo@ufpel.edu.br

cidadania. Com isso, foi percebida a necessidade de resgate e estímulo às terapias complementares, em especial o uso de plantas medicinais. Esse ideário foi contemplado por meio de políticas e resoluções publicadas pelo poder público federal nos últimos anos, com intuito de valorizar o conhecimento local e reconhecer os produtos de origem vegetal. Os conhecimentos populares sobre as plantas medicinais se perpetuam até a atualidade devido à transmissão e troca de informações entre pessoas de diferentes gerações, fazendo parte da construção cultural de cada comunidade, do compartilhamento de valores, experiências, conhecimentos e costumes (BRASIL, 2006, 2008, 2010). O conhecimento sobre as plantas medicinais foi considerado pelos representantes do sistema informal de saúde como sendo um dom. Esse dom gera relação e vínculo entre as pessoas, que ultrapassam as fronteiras econômicas e individuais, e esse símbolo de cuidado à saúde com utilização das plantas medicinais passa a ser reconhecido e identificado. Existe, desse modo, uma norma de reciprocidade que surge a partir do estabelecimento de um vínculo social (LOPES, 2010). Assim, para se discutir o cuidado é fundamental aproximá-lo da cultura, enfatizando que os sistemas de cuidado à saúde podem ser culturalmente e socialmente construídos, sendo estas formas de realidade social que dão significado às interações interpessoais. Na enfermagem, Leininger (1991) considerou o cuidado como algo universal e presente em todas as culturas do mundo, e que pode apresentar-se de maneira diversificada, inclusive entre os grupos que o oferecem e o praticam. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, repensar e ampliar seus conhecimentos, com uso dos recursos presentes na comunidade (SOUZA et al., 2011). Torna-se relevante a inserção dos profissionais do setor oficial na comunidade, na realização de um cuidado à saúde próximo da realidade sociocultural, o que colabora para a melhoria da qualidade de vida da população (BORGES, 2010). Será realizada uma pesquisa qualitativa com perspectiva teórico-metodológica da antropologia, utilizando técnicas e conceitos etnográficos, além de um levantamento etnobotânico das plantas usadas no cuidado à saúde. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas e suas ações. O método etnográfico é uma descrição densa, ou seja, um conjunto de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplicitas. O pesquisador precisa primeiro apreender e depois apresentar. É uma ciência interpretativa, pois o ser humano, enquanto criador da cultura, constrói e reconstrói os

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

significados e estes estão sujeitos à interpretação (GEERTZ, 2008). O estudo etnográfico parte, fundamentalmente, da noção de cultura considerada como conhecimento adquirido usado para interpretar experiências e gerar comportamentos, abrangendo o que as pessoas fazem, o que sabem e as coisas que constroem e usam (ANDRÉ, 1995). As técnicas do método etnográfico utilizadas serão a observação participante, a entrevista aberta e o diário de campo. A entrevista e a observação participante constituem os meios mais eficazes para que o pesquisador se aproxime dos sistemas de representação, classificação e organização do universo estudado (ANDRÉ, 2008). Essas técnicas empregadas na etnografia possibilitam descrever as ações, as formas de comunicação e os significados que os atores sociais criam e recriam na interpretação da realidade. Para Geertz (2008), o papel do etnógrafo é descrever o discurso social, anotando-o, transformando-o de um acontecimento passado num relato, para que seja consultado quando for necessário. O trabalho etnográfico não implica, simplesmente, em estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos e manter um diário. O autor considera que as

técnicas e os processos determinados não definem o empreendimento etnográfico, mas o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma descrição densa. O levantamento etnobotânico das plantas medicinais indicadas pelos sujeitos do estudo será importante para complementar o entendimento do cuidado à saúde. Etnobotânica envolve a descrição da interação de uma população local com seu meio e as plantas, essa disciplina surgiu sob influência de disciplinas de abordagem qualitativa, na qual se destaca a antropologia (MARTÍN, 1997; ALBUQUERQUE et al, 2006). O Local do estudo será o domicílio ou no local onde os representantes no conhecimento de plantas medicinais realizam o cuidado à saúde a quem os procura, nos municípios de Pelotas, Morro Redondo, Canguçu e São Lourenço do Sul, no estado do Rio Grande do Sul. 4.3 Os participantes do estudo serão os representantes do sistema informal de saúde que são referência no conhecimento de plantas medicinais, e também as pessoas cuidadas por eles no período de realização deste trabalho. Os representantes do sistema informal de saúde serão identificados pelas iniciais do nome, seguido pela sigla RSI (Representantes do Sistema Informal). Por sua vez, as pessoas cuidadas por eles durante o período de observação participante serão identificadas pelas iniciais do nome e pela sigla PC (Pessoa Cuidada).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o cuidado, realizado pelos representantes do sistema informal de saúde com as plantas

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 705.696

medicinais, sob um enfoque cultural.

Objetivos Secundários:

Observar a interação relacional do cuidado entre os representantes do sistema informal de saúde e as pessoas que os procuram;

Realizar levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas durante o cuidado pelos representantes do sistema informal de saúde;

Identificar e classificar as plantas medicinais de acordo com as características terapêuticas reconhecidas, salientadas ou implícitas no cuidado realizado por representantes do sistema informal de saúde;

Investigar e sistematizar o conhecimento dos representantes do sistema informal de saúde relacionado a ecologia, manejo e uso das plantas medicinais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa pode ocasionar desconforto durante a coleta de dados, devido às abordagens durante a entrevista, ou a presença da pesquisadora durante a observação participante. Neste caso, a coleta será interrompida e o participante será indagado quanto à continuação do processo de investigação, dando prosseguimento em outro momento ou sendo cancelado, conforme a vontade do sujeito do estudo.

Benefícios:

Os benefícios para os participantes envolvidos neste estudo será a troca de informações e reflexões sobre as práticas de cuidado à saúde com as plantas medicinais entre os participantes e os pesquisadores para valorização dos conhecimentos em relação à utilização e manejo das plantas medicinais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta embasamento teórico e metodológico. Contribuirá para que os profissionais entendam os valores, os costumes e o viver de um grupo social, e possam promover saúde com respeito às diferenças por meio de ações que estimulem a aproximação entre o conhecimento científico dos profissionais de saúde, em especial os que atuam na atenção básica, com os saberes empíricos existentes na comunidade em que atuam. Está em consonância com os princípios éticos de pesquisas com seres humanos da Resolução 466/12.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 705.696

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - adequado

Folha de Rosto - adequada

Orçamento - adequado

Cronograma - adequado

Instrumento de pesquisa - adequado

Recomendações:

Após concluído o estudo enviar Relatório com os resultados da pesquisa ao CEP.

Elaborar folder informativo sobre o uso das plantas medicinais para distribuição na comunidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

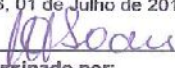
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 01 de Julho de 2014


Assinado por:

Marliu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfco@ufpel.edu.br