
INFORMANTES *FOLK*: CONCEPÇÕES DE SAÚDE¹

Caroline Vasconcellos Lopes², Ângela Roberta Alves Lima³, Márcia Kaster Portelinha Vasconcelos⁴, Anelise Miritz Borges⁵, Rosa Lía Barbieri⁶, Rita Maria Heck⁷

¹ Artigo extraído da dissertação - Informantes *folk* em plantas medicinais no Sul do Brasil: contribuições para enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em 2010, financiada pelo CNPq.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Enfermeira assistencial da prefeitura municipal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolinevaslopes@gmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira assistencial da prefeitura municipal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: oseiasangela@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem. Técnica-administrativa da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marciakaster@ibest.com.br

⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: miritzenfermeira@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Genética e Biologia Molecular. Pesquisadora da Embrapa Clima Temperado. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lia.barbieri@gmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Professora Associado da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo conhecer as concepções de saúde dos informantes *folk*. Trata-se de pesquisa qualitativa, envolvendo sete informantes indicados pelos agricultores ecológicos de quatro municípios do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu em 2009 e 2010. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observações simples. A análise resultou em dois núcleos temáticos, segundo a análise temática de Minayo. O referencial teórico embasou-se na antropologia interpretativa de Geertz e Kleinman. A concepção de saúde dos informantes *folk* está vinculada com a forma como as pessoas se relacionam nos espaços em que estão inseridos e como se percebem em suas relações com os outros, consigo e com o ambiente. Os profissionais necessitam considerar os conceitos de saúde e doença da população assistida, aceitando a existência do sistema de cuidado *folk*, que busca contribuir para a melhora da qualidade de vida, no seu contexto histórico, social e cultural.

DESCRITORES: Enfermagem. Cultura. Saúde. Antropologia.

FOLK INFORMANTS: CONCEPTIONS OF HEALTH

ABSTRACT: This study aimed to know the conceptions of health by folk informants. It is a qualitative research involving seven informers indicated by ecological farmers in four municipalities of Rio Grande do Sul state. Data were collected in 2009 and 2010. Semi-structured interviews and simple observations were done. The analysis resulted in two thematic nuclei, according thematic analysis by Minayo. The supported theoretical reference was based on interpretative anthropology by Geertz and Kleinman. The conception of health by the folk informants is linked with the way as people relate themselves to each other in the spaces where they live and how they view their relationships with the others, with themselves and with the environment. Professionals need to consider the concepts of health and disease in population served, and accept the existence of folk care system, which seeks to contribute to improve the quality of life in its historical, social and cultural context.

DESCRIPTORS: Nursing. Culture. Health. Anthropology.

INFORMANTES *FOLK*: CONCEPCIONES DE SALUD

RESUMEN: El objetivo del trabajo fue conocer las concepciones sobre la salud de los informantes *folk*. Este es un estudio cualitativo que participan siete informantes indicado por campesinos ecológico de cuatro condados del sur del Brasil. Los datos fueron recolectados durante 2009 y 2010, utilizando la entrevista semiestructurada y observación. El análisis se realizó en dos núcleos temáticos, acorde a Minayo. El marco teórico se basó en la antropología interpretativa. La concepción de salud de los informantes *folk* se vincula con la forma en que las personas se relacionan con los espacios en que viven y como perciben sus relaciones con los demás, consigo mismos y con el ambiente. Profesionales necesitan tener en cuenta los conceptos de salud y enfermedad en la población atendida, y aceptar la existencia del sistema popular de cuidado, que busca contribuir a la mejora de su calidad de vida en el contexto histórico, social y cultural.

DESCRIPTORES: Enfermería. Cultura. Salud. Antropología.

INTRODUÇÃO

O ser humano, desde o princípio de sua existência, tem buscado várias alternativas na tentativa de eliminar os males físicos ou psicológicos. As diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto sociocultural, que caracteriza cada momento histórico vivido. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade social podem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença.¹ Nesse sentido, refletir sobre o sistema de atenção em saúde como um sistema cultural, ajuda a compreender os múltiplos caminhos percorridos pela população para o alcance da cura ou do alívio de seus problemas de saúde.²⁻⁴

A antropologia interpretativa, que propõe um modelo explicativo de cuidado à saúde, atentando para o fato da coexistência de diferentes sistemas de saúde dentro da mesma sociedade, o que inclui uma multiplicidade de concepções.⁴⁻⁵ Nesse contexto, são diferenciados três sistemas culturais de cuidado à saúde: o profissional, o *folk* e o familiar. No sistema de cuidado profissional, encontram-se as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, das quais o sistema biomédico é o maior representante nas sociedades ocidentais. O sistema de cuidado *folk* refere-se aos especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que utilizam recursos como o uso de plantas medicinais, tratamentos manipulativos e espirituais. Esses especialistas são legitimados pela sociedade e estão fortemente ligados ao sistema de cuidado familiar.⁴⁻⁵

O sistema de cuidado familiar, composto por conhecimento leigo, referente aos saberes e práticas cotidianas que estão relacionadas ao fenômeno saúde-doença e, ainda, neste contexto são adotados os primeiros cuidados com a saúde e a doença. Destaca-se, também nesse sistema familiar, que diferentes indivíduos e grupos sociais constroem concepções de tratamento e cura. Esses assimilam, avaliam, julgam os conhecimentos e práticas provenientes dos outros sistemas.⁴⁻⁵

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.³

Tais elementos culturais são compostos por um sistema de símbolos compartilhados, que as

pessoas usam para perceber, interpretar e organizar o mundo.⁶ Os informantes *folk*, na maioria das vezes, compartilham os mesmos valores culturais e a visão de mundo das comunidades onde vivem.⁴⁻⁵ Esse fato desencadeia a necessidade de conhecê-los, para enriquecer o entendimento de saúde e doença, construído pelas relações socioculturais específicas de cada grupo populacional.

Conhecer os contextos de vida dos informantes *folk* torna-se importante, para que se possam lançar subsídios aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, sobre a percepção da vida em meio à relação sociocultural que permeia as comunidades. Os profissionais acompanham a saúde da população, e tal fato é determinante para que repensem e ampliem seus conhecimentos, aprimorando-os para o cuidado, podendo utilizar os recursos presentes na comunidade, como as plantas medicinais.⁷

Nessa perceptiva, ressalta-se que o contexto em que os informantes *folk* estão inseridos é um dos elementos significativos para a sua constituição, sendo, para tanto, direcionada a presente pesquisa àqueles indicados por integrantes das famílias de agricultores de base ecológica. Esses agricultores valorizam o consumo de alimentos sem agrotóxicos e os benefícios desse hábito para a saúde, além de recorrerem às plantas medicinais como prática de cuidado à saúde no sistema informal.⁸

Tais concepções corroboram com um novo paradigma de religião, de reencantamento pela natureza e de compaixão pelos que sofrem, inaugurando uma nova ternura para com a vida e um sentimento autêntico de pertença amorosa à mãe Terra. Essa mudança evidencia-se no crescimento dos grupos que cultivam a ecologia, a meditação e a espiritualidade, incorporando a perspectiva da Terra como um todo vivo e orgânico. Desse modo, as pessoas têm procurado alimentar-se com produtos naturais e mantêm sob severo controle o nível de contaminação e quimicalização dos produtos.⁹ Destarte, objetivou-se conhecer as concepções de saúde dos informantes *folk* da região Sul do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, vinculada ao projeto "Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul", realizado pela Faculdade de Enfermagem

da Universidade Federal de Pelotas, com a parceria da Embrapa Clima Temperado.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2009 e de março a setembro de 2010. O estudo foi desenvolvido nos municípios de Pelotas, Canguçu, Morro Redondo e São Lourenço do Sul, localizados na região Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Constituíram-se, como sujeitos do estudo, sete pessoas conhecedoras de plantas medicinais, indicadas pelos agricultores ecológicos, participantes de uma pesquisa anterior⁵ vinculada ao projeto citado acima.

Quatro informantes foram abordados no domicílio, e os demais, no local onde prestavam atendimento ao público. Destaca-se, ainda, que os sujeitos foram identificados pelas letras iniciais do nome, seguidas pela idade. Para chegar a esses informantes *folk* foram examinados registros de uma pesquisa anterior,⁵ que os indicaram, com intuito de rastrear seus nomes e seus contatos. Em algumas situações, quando não estavam completas as informações para entrar em contato com os informantes, foi feito o retorno ao agricultor, na feira ecológica, para possibilitar o acesso aos sujeitos. A partir desse rastreamento de informações, foi elaborada uma lista de nomes de informantes *folk*, com os respectivos endereços e telefones.

Na maioria das situações, o primeiro contato com esses informantes *folk* foi realizado por ligação telefônica, para marcar uma visita em seu domicílio ou local onde prestavam atendimento ao público. Em alguns casos, foi utilizado um mapa para deslocamento até o local no meio rural.

Durante essa visita, foi feito o convite formal para participação na pesquisa, e estabelecida uma agenda de encontros, que variou de dois a 12. As abordagens envolveram a observação do cenário (aparência e postura do entrevistado, ambiente de cuidado e disposição das plantas) e a entrevista semiestruturada foi gravada, adequando-se à dinâmica do entrevistado. Somente um informante *folk* não concordou com o uso do gravador. Nesse caso, a abordagem foi realizada com a participação de, pelo menos, duas pessoas para auxiliar nas anotações dos registros.

Para elaboração deste artigo, foram utilizadas as respostas dos informantes a duas perguntas da entrevista: o que é saúde para o(a) senhor(a)? O que é doença?

Foram respeitados os princípios éticos de pesquisas com seres humanos da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob protocolo n. 072/2007.

Os dados que resultaram das entrevistas foram transcritos e organizados por núcleos temáticos, sendo feita posterior releitura das transcrições e das anotações das observações do contexto, para se destacarem as ideias-chave que foram discutidas como subtemas.¹¹ Foi utilizado o suporte teórico da antropologia interpretativa, em todos os passos, para a compreensão, interpretação e crítica na construção do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação e contextualização dos informantes *folk*

Todos os informantes foram indicados por agricultores ecológicos, que residem em diferentes municípios da região Sul do Rio Grande do Sul e participam de uma associação de movimento agroecológico, existente há mais de 17 anos, e, como referido na metodologia, os informantes *folk* também residem e indicam as plantas medicinais na mesma região em que se encontram os agricultores ecológicos.

Desse modo, é possível perceber que esses informantes desenvolvem um cuidado em saúde que se destaca nas comunidades, uma vez que foram lembrados e citados pelas famílias como um dos primeiros recursos terapêuticos ao qual recorrem.

Quem são esses informantes *folk*? São pessoas com idades que variam de 45 a 86 anos, o que indica tratar-se de sujeitos com experiência de vida. Dentre eles, destacou-se a predominância do gênero feminino, com a participação de seis mulheres, e um representante do gênero masculino, todos considerando a natureza que cerca as pessoas como promotora terapêutica de cuidado à saúde.

Tais dados estão em consonância com várias pesquisas que referem as pessoas idosas e/ou mulheres, como aquelas que detêm mais conhecimentos, quando se trata de plantas medicinais.¹²⁻¹⁵

Nesse sentido, um estudo apontou que o homem também compartilha do conhecimento sobre plantas medicinais, mas com menos intensidade que a mulher.⁹ Essa característica, possivelmente, esteja relacionada ao trabalho do homem de cultivar a planta, conhecendo as características vegetais e não se detendo no uso voltado ao cuidado terapêutico.

Historicamente, a mulher está intimamente ligada ao cuidado, uma vez que, já na infância, é estimulada ao instinto materno, ou seja, desde cedo aprende que é de sua responsabilidade manter o lar “em ordem”. À mulher cabe a responsabilidade de garantir a saúde da família por meio de ações no cotidiano, como o preparo de alimentos, higiene do ambiente doméstico e cuidado com os filhos. Para isso, busca informações sobre diversas terapêuticas, inclusive a respeito da utilização de plantas medicinais, ocorrendo essa transmissão de conhecimento entre mulheres de diferentes gerações.¹⁵

Com relação à profissão e à ocupação dos informantes *folk*, foi observada uma grande diversidade, tendo participado: uma agricultora; uma líder religiosa da Pastoral da Saúde*¹⁹; uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, que trabalham com extensão rural; e três aposentados, sendo dois da agricultura familiar e uma do serviço público de extensão rural.

Com relação à descendência e à religiosidade, quatro informantes são de origem alemã e se declararam pertencentes à igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Uma entrevistada é de origem portuguesa e católica não praticante. Duas têm origem na miscigenação de etnias (uma é descendente de italianos, portugueses e espanhóis, e a outra é descendente de alemães, italianos e “brasileiros”) e declaram-se católicas.

A iniciação no conhecimento sobre as plantas medicinais, desses informantes *folk*, deu-se pela valorização das práticas populares na década de 80 e no início da década de 90, promovidos por iniciativas de Organizações Não Governamentais (ONGs), com apoio das Igrejas Católica e Luterana, fato que evidencia a influência dessas religiões na disseminação desse conhecimento.

Ainda, outros fatores que podem ter favorecido o acúmulo de conhecimento em plantas medicinais, foram a diversidade de espécies utilizadas com fins medicinais, o encontro de várias etnias, somados à biodiversidade e à topografia do estado do Rio Grande do Sul. Os últimos forneceram a base para a formação da cultura e da identidade do povo gaúcho, fortemente vinculadas à terra, à atividade agrícola e ao uso dos recursos naturais no cuidado à saúde.¹⁶

Dentre os entrevistados, três moravam na zona rural e quatro na zona urbana. Desses, seis indicavam plantas no meio rural, e apenas uma indicava e cultivava as plantas medicinais no meio urbano.

Quanto à escolaridade, três têm ensino fundamental incompleto, dois possuem ensino médio completo e curso técnico e outros dois possuem ensino superior. Esses achados contrapõem-se às literaturas que revelam uma relação inversa quanto à escolaridade e ao conhecimento no uso de plantas medicinais, inferindo que o maior nível de escolaridade envolve uma certa massificação dos costumes, principalmente frente à globalização, o que levaria a uma perda gradual dos hábitos ancestrais relacionados à fitoterapia.¹⁷⁻¹⁸

No entanto, este trabalho evidenciou que a diferença entre as escolaridades dos informantes não influenciou no saber relacionado à utilização de plantas medicinais. Todos os sujeitos buscam e enfatizam a importância de adquirir maiores conhecimentos acerca do tema, uma vez que relataram e mostraram os livros de seu acervo pessoal, usados para consulta em caso de dúvida. Essa realidade demonstra que o conhecimento *folk* vai além do saber familiar, pois os informantes buscam outros meios para respaldar o seu cuidado de saúde.

Ainda, coincidindo com esses resultados, em uma pesquisa realizada em Ariquemes, Rondônia, os entrevistados referiram que a maior parte da aquisição dos seus saberes sobre as plantas medicinais foi por meio de livros, seguida de trocas de materiais entre os familiares, pessoas da comunidade e com as pastorais.¹⁷ Tal fato demonstra que os informantes abordados tornam-se pessoas-referência no conhecimento sobre as plantas aplicadas na saúde humana, pois, além de manterem o contato com a terra e as plantas, buscam o conhecimento a partir de fontes bibliográficas.

As concepções de saúde e doença dos informantes *folk*

O processo de saúde e doença, para os informantes *folk*, está muito ligado à forma como as pessoas se relacionam nos espaços em que estão inseridas e como se percebem em suas relações

* A Pastoral da Saúde é uma das Pastorais Sociais da CNBB com organização cívico-religiosa, sem fins lucrativos, de atuação em âmbito nacional e de referência internacional, comprometida em defender, preservar, cuidar, promover e celebrar a vida de todo o povo de Deus, independente de quaisquer fatores de exclusão social, inclusive do credo. Com milhares de agentes por todo o território nacional, essa atua em três dimensões: solidária, comunitária e político-institucional.¹⁹

com os outros, consigo mesmas e com o ambiente. Essa concepção é visível a seguir:

[...] a maior parte das pessoas não são doentes, são perturbadas; eles estão perdidos no tempo e na consciência [...]. Psicologia perturbada, porque pelo menos isso é uma coisa que os médicos dizem certo, as doenças psicossomáticas [...] (GHW, 68a).

Esse informante entende que a doença está relacionada à subjetividade e às emoções, evidenciando-se a partir dos sentimentos de insatisfação, que impedem o indivíduo de perceber a perpetuação da vida, desencadeando a incapacidade de viver a plenitude do momento, levando a perturbações e, posteriormente, se não superado, ao adoecimento físico.

Existe uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença, que é reconhecida por esse informante. Essa diferença pode ser dividida em duas categorias: a patologia, *disease*, e a enfermidade, *illness*.⁴ Conforme o paradigma biomédico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; a enfermidade, ou estar doente, representa as reações pessoais, interpessoais e culturais perante a doença e o desconforto, imbuídos de complexas conexões familiares, sociais e culturais.⁴⁻⁵

As concepções de doença também estão fortemente ligadas aos processos de vida contemporâneos das pessoas, os quais são percebidos nos discursos que seguem:

[...] aquela pessoa que está sempre se queixando, ou nada está bem para ela, é que já é uma pessoa doente, ou ela é física ou emocional [...]. Tem pessoas que são doentes, porque elas não têm atenção, são doentes de carinho, de afeto, de uma escuta [...] (IR, 45 anos).

Essa informante tem a concepção de doença como dualidade, pois identifica a doença física e social, em que o modo de vida contemporâneo, a concepção de individualismo e o incentivo ao consumismo interferem, ocasionando uma forma de adoecimento individual e coletivo.

Além da diminuição da solidariedade humana e da instantaneidade da vida, o sentimento do imediatismo oferece consequências à líquida e individualizada sociedade moderna.²⁰ A essência do ato de conviver e o partilhar em grupo se perdem, muitas vezes, pois as pessoas não possuem mais o tempo para coexistir, conversar e trocar experiências.

Nessa perspectiva, um informante *folk* abordou a saúde como um elemento que possui valor

inestimável, fortemente ligado aos princípios de cultura em que as regras e os costumes foram construídos, a partir de experiências entre os seus membros e a natureza.⁶ Essa realidade pode ser observada no discurso a seguir:

[...] estar de bem com a vida e com a natureza também, porque eu acho que a saúde é o melhor bem que a pessoa pode ter [...] (GWH, 68 anos).

A saúde também foi apresentada, por um dos sujeitos entrevistados, como o equilíbrio entre o estado saudável, a doença e a vida humana.

[...] pois é, saúde é isso, é um equilíbrio, entre o todo da tua vida, [...] esta noção, assim, de equilíbrio e de qualidade de vida, de bem-estar, não naquela visão antiga que o bem-estar é uma coisa que vem de fora, mas aquilo que tu constrói (KP, 45 anos).

Nesse discurso, identificaram-se dois princípios que possivelmente norteiam a noção de equilíbrio da informante: o hipocrático e o naturalista. O hipocrático envolve a manutenção da saúde, a qual depende fundamentalmente do equilíbrio de agentes internos e externos ao organismo humano.²¹ Também na medicina oriental, o corpo necessita manter-se equilibrado com o ambiente para garantir seu funcionamento harmônico.²² De acordo com o princípio naturalista, o indivíduo é o agente de sua própria saúde, pelas escolhas e atitudes frente às situações cotidianas.²¹ Esse dado é contraposto na fala a seguir: *a maioria das doenças das pessoas vem da alimentação errada; é lamentável isso! [...] está com o sangue cheio de lixo, impurezas que vêm da alimentação unicamente* (GWH, 68 anos).

O informante supracitado expressa que as doenças estão muito relacionadas às questões de impureza, conceito advindo da teoria judaico-cristã, em que os indivíduos tornam-se impuros através da alimentação ou das práticas cotidianas. Os alimentos têm a capacidade de nutrir, proteger e garantir a manutenção do organismo e, também, podem agredir o corpo, provocando ou agravando doenças.²¹ Assim, a impureza alimentar *versus* a natureza, foi descrita em vários estudos da antropologia alimentar, que descrevem como um alimento impuro ou “reimoso”, aquele que é capaz de desencadear o movimento dos fluidos corporais, levando ao desequilíbrio dos agentes internos.²³⁻²⁷ Na atualidade, a impureza alimentar pode se referir também aos alimentos que sofrem processo de industrialização, quando são adicionados produtos artificiais, que contribuiriam para a contaminação do organismo humano ou, ainda, para a alteração e a poluição do ambiente onde são produzidos.

A seguir, outra informante declara que a ausência de natureza nos medicamentos industrializados, favorece uma resposta rápida ao tratamento, no entanto, não fortalece o organismo para enfrentar situações adversas, deixando-o suscetível a condições de adoecimento.

Esses remédios que eu chamo de química, eles não são uma coisa natural. Esses remédios têm uma ação mais rápida no organismo, e as pessoas da geração mais jovem, pelo fácil alcance os utilizam mais, mas ao mesmo tempo ficam mais abertas para as doenças. Porque, se tivessem um conhecimento sobre a terra como a gente tem, também fortaleceriam a saúde, através de uma alimentação equilibrada, e, sendo isso uma medicação, o corpo não adoeceria [...] (NLB, 66 anos).

Para essa informante, a química se refere à interação de elementos que compõem os medicamentos industrializados, não reconhecendo as interações químicas presentes nos elementos da natureza. Assim, seguindo essa lógica frente ao sistema naturalístico, essa informante entende que as causas do adoecimento podem estar relacionadas com o seu viver diário, e nesse raciocínio a pessoa não é vítima, mas agente de sua própria doença, pois sofrerá as consequências de suas ações conforme o que fez, o que comeu ou onde esteve.²⁸

Nesse contexto, a natureza é percebida como um dos fatores essenciais para se pensar em saúde, e as plantas medicinais são elementos de ligação da natureza com o ser humano, como pode se acompanhar no que segue:

[...] para quem gosta, é muito legal tu manipular essa planta, porque tu vê que a planta tem vida, e tu usar ela e saber que ela te dá resultado é muito legal (IR, 45 anos).

[...] a gente tem que ter respeito pela natureza, pedir licença para a planta e, quando for arrancar, só tirar o que vai precisar naquela hora (MT, 86 anos).

A partir dos relatos, fica perceptível que, entre as pessoas e a natureza, existe uma relação, e essa pode ser determinante para ter saúde ou adoecer. Ao respeitar o ambiente, se está valorizando o contexto.⁹ Assim, essa representação é considerada categoria simbólica, a partir do conceito hipocrático de que as pessoas, as doenças, os alimentos, os medicamentos (plantas medicinais, animais ou minerais) possuem uma natureza viva. Desse modo, o cuidado consiste em compreender a natureza da pessoa, determinar a natureza da doença e restaurar o equilíbrio perdido.²¹

Assim, as políticas de saúde que queiram abordar as populações como simples consumido-

res de cuidados, que privilegiam a eficácia técnica sem levar em conta as questões do significado dado às realidades materiais, ao próprio corpo humano, à saúde e à doença, correm grande risco de fracasso. Uma vez que o modo como as pessoas lidam com o corpo, com as doenças, com as terapias, com a dor é amplamente determinado pelas representações que a sua cultura tem sobre o corpo e de suas relações com a mente, a fé e as emoções.²⁸⁻²⁹

Nesse sentido, trazendo a discussão para as terapias complementares, com destaque às plantas medicinais, torna-se impostergável pensar que o cuidado com essas terapias não pode ser padronizado como se fossem medicamentos industrializados. Porém, é preciso que os enfermeiros e os demais profissionais da área da saúde considerem a cultura local e os conhecimentos das pessoas da comunidade onde estão inseridos, uma vez que as plantas medicinais fazem parte de seus costumes e tradições de maneira peculiar com o processo de saúde e doença.

CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que os informantes folk possuem uma forma de cuidar ímpar, na qual o processo de saúde e doença é pensado de forma indivisível, estando corpo, alma e espírito em equilíbrio com a natureza e sua cultura. A utilização das plantas medicinais, nesse contexto, não se limita apenas à saúde, mas à construção do cuidado e de indivíduos participativos no seu processo de bem-estar.

O ato de cuidar, para os informantes folk, é desenvolvido em meio a uma relação baseada na confiança, no vínculo e na troca de saberes. Durante esse processo, os indivíduos não apenas recebem as orientações necessárias para o restabelecimento de sua saúde, mas também para o desenvolvimento de práticas cotidianas saudáveis e sustentáveis. Assim, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, necessitam considerar os conceitos de saúde e doença da população assistida, e aceitar a existência do sistema de cuidado folk, que busca contribuir para a melhora da qualidade de vida das pessoas, no seu contexto histórico, social e cultural.

A democratização e a relativização do emprego das terapias complementares, em especial das plantas medicinais, dar-se-ão por meio de ações interdisciplinares no cuidado em saúde, valorizando o saber e os recursos de cada comuni-

dade, e apoiando-se nas políticas públicas. Nesse sentido, os conceitos de saúde e doença, construídos por uma população, contribuirão para que os profissionais entendam as regras, os valores, os costumes, o viver de um grupo social, tornando-se um apoio essencial, para se promover saúde com respeito às diferenças.

Este trabalho evidenciou a necessidade de olhar para os informantes *folk* existentes em cada comunidade, valorizando o seu conhecimento no cuidado à saúde. Desse modo, existe o desafio de continuidade de ações que promovam a aproximação entre o conhecimento científico dos profissionais de saúde, em especial os que atuam na estratégia de saúde da família, com os saberes empíricos existentes na comunidade em que atuam. A aproximação desses conhecimentos, dentro do nível primário de saúde, pode refletir, posteriormente, em outros níveis de atenção, como ambulatorial e hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar; 15(1):68-73.
2. Leininger, M. Culture Care Theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002 Jul; 13(3):189-92.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am Enferm* [online]. 2010 Mai-Jun; [acesso 2011 Dez 15]; 18(3):173-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf
4. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California (US): Regents; 1980.
5. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.* 1978 Abr 12(2B):85-95.
6. Geertz C. A interpretação das culturas. 13ª reimpr. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 2008.
7. Souza ADZ, Ceolin T, Vargas NRC, Heck RM, Lopes CV, Borges AM, Mendieta MC. Plantas medicinais utilizadas na saúde da criança. *Enferm Glob* [online]. 2011 Out; [acesso 2011 Set 23]; 10(4):46-52. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137331/124661>
8. Ceolin T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica do sul do Brasil [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.
9. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 18ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
11. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2008.
12. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Abr-Jun; 21(2):363-70.
13. Veiga Junior VF. 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. *Rev Bras Farmacogn* [online]. 2008 Abr-Jun [acesso 2011 Nov 11]; 18(2):308-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000200027
14. Marchese JA, Ming LC, Franceschi L, Camochea RC, Gomes GDR, Paladini M, et al. Medicinal plants used by "Passo da Ilha" rural community in the city of Pato Branco, southern Brazil. *An Acad Bras Ciênc* [online]. 2009 Dez [acesso 2011 Out 11]; 81(4):691-700. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0001-37652009000400008&script=sci_arttext
15. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no sul do RS. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 Mar [acesso 2011 Out 05]; 45(1):47-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100007&lng=en&nrm=iso
16. Heiden G, Iganci JRV. Sobre a paisagem e a flora. In: Stumpf ERT, Barbieri RL, Heiden G, organizadores. Cores e formas no Bioma Pampa: plantas ornamentais nativas. Pelotas (RS): Embrapa Clima Temperado; 2009. p.15-21.
17. Santos MRA, Lima MR, Ferreira MGR. Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia. *Hortic Bra* [online]. 2008 Abr-Jun [acesso 2011 Out 05]; 26(2):244-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-05362008000200023
18. Silva CSP, Proença CEB. Uso e disponibilidade de recursos medicinais no município de Ouro Verde de Goiás, GO, Brasil. *Acta Bot Bras* [online]. 2008 Abr-Jun [acesso 2011 Nov 03]; 22(2):481-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abb/v22n2/a16v22n2.pdf>

19. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil [página na internet]. Pastoral da Saúde Nacional. Brasília (DF): Edições CNBB; 2011 [acesso 2013 Mar 07]. Disponível em: <http://pastoraldasaudenacional.com.br/pastoral-da-sa%C3%BAde.php>
20. Baumann Z. Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 2004.
21. Rodrigues AG. Buscando raízes. *Horiz Antropol* [online]. 2001 Dez [acesso 2011 Nov 12]; 7(16):131-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v7n16/v7n16a07.pdf>
22. Moura FBP, Marques JGW. Zooterapia popular na chapada diamantina: uma medicina incidental? *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2008 Dez [acesso 2011 Dez 15]; 13(Suppl 2):2179-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900023&script=sci_arttext
23. Canesqui AM. Antropologia e alimentação. *Rev Saúde Pública*. 1988 Jun; 22(3):207-16.
24. Woortmann K. Quente, frio e reimoso: alimentos, corpo humano e pessoas. *Rev Estud Fem*. 2008 Jan-Jul; 19(1):17-30.
25. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005.
26. Canesqui AM. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Rev Nutr*. 2007 Mar-Abr; 20(2):203-16.
27. Marques ES, Cotta RMMC, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. *Ciênc Daúde Coletiva*. 2011 Out; 16(10):4267-74.
28. Foster G. Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*. 1976 Dez; 78(4):773-82.
29. Raynaut C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Rev Gaúch Enferm* [online]. 2006 Jun [acesso 2011 Dez 6]; 27(2):149-65. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4592/2513>