

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-SC
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-UFPR
UNIVERSIDADE CONVENIADA-
EXPANSÃO-POLO I-UFPR-CONVÊNIO REPENSUL**

**FITOTERAPIA E ENFERMAGEM:
APROXIMANDO O SISTEMA PROFISSIONAL E POPULAR NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE E NO DOMICÍLIO**

Autora: Angela Renata Vasconcelos de Mendonça

Orientadora: Dra. Lilia Bueno de Magalhães

Co-orientadora: Dra. Rosita Saupe

**Curitiba
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-SC
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-UFPR
UNIVERSIDADE CONVENIADA-
EXPANSÃO-POLO I-UFPR-CONVÊNIO REPENSUL**

FITOTERAPIA E ENFERMAGEM:

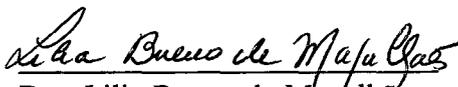
**Aproximando o Sistema Profissional e o Popular no Serviço de Saúde e
no Domicílio**

Angela Renata Vasconcelos de Mendonça

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

aprovado em 17 de julho de 1998, atendendo às normas de legislação do curso de Pós-
Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC

BANCA EXAMINADORA

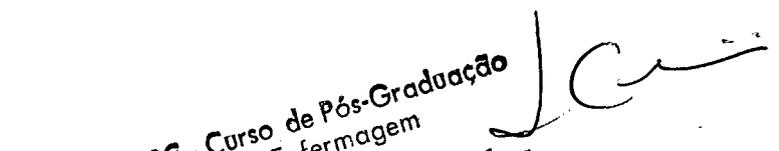

Dra. Lilia Bueno de Magalhães
Presidente


Dr. Ivo Gelain
Examinador


Dra. Ingrid Elsen
Examinadora


Maria de Loudes Denardin Budó
Doutoranda

Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas
Membro suplente


UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem
Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann
Coordenadora

Dialogar é descobrir.

Quanto mais avançamos na descoberta dos outros, tanto mais substituiremos as tensões por laços de paz.

Pelo diálogo, aprenderemos a : respeitar a pessoa humana, seus valores, sua cultura, sua autonomia legítima, sua autodeterminação; olhar para além de nós mesmos, a fim de compreender e apoiar o que há de bom nos outros; contribuir para um desenvolvimento e crescimento justo; transformar a solidariedade e o diálogo em características permanente do mundo em que vivemos.

João Paulo II.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Alá, Buda, Oxalá, não importa como te chamam, tu estás presente em todo o universo, obrigado por ter me dado, coragem de sair do aconchego do meu lar, força para enfrentar os vários momentos de solidão, resignação nos muitos momentos de dificuldades financeiras, discernimento para afastar-me de pessoas mau intencionadas, saúde durante toda esta trajetória, e colocado pessoas bondosas e amigas no meu caminho. Senhor, só vós sabes o quanto sofri para realizar este meu objetivo.

Aos meus amados irmãos Lúcia Emília, Antônio (Tony), Cláudia, Carlos Alberto (Beto), Carla e Emílio, pelo zelo, amor, companheirismo, pela (s) amizade, torcida, lembrança, cartas de incentivo, em especial à Carla, Cláudia, Beto e papai, pela ajuda financeira no momento que mais precisei e ao Emílio pelas orações e por resolver os problemas burocráticos que surgiram.

Aos meus sobrinhos Luciana, Alessandra, Camila, Rafael, Carlos Alberto (Betinho) e Juliana, por vocês existirem e pelo amor que a mim cultivam.

Ao meu querido Lanusse Tuma, tudo que eu escrever de agradecimento à você será pouco para expressar o quanto sou grata, você foi peça fundamental para que eu conseguisse realizar este sonho. Graças ao seu carinho, a sua bondade, ajuda, compreensão e amizade, pude superar as dificuldades e ultrapassar todas as barreiras que surgiram.

Aos cunhados e amigos José e Mauro pelo incentivo e amizade durante tanto tempo de convivência.

A minha avó pelo carinho e orações e a miga Graça Lima pelo carinho e torcida.

A Universidade Federal do Pará-UFGA Pró-Reitoria de Pós-Graduação-PROPESP, juntamente com a CAPES, que deram apoio financeiro em toda a trajetória do curso, inclusive na prova de seleção do mestrado. Sem o apoio destas duas instituições este meu ideal seria quase impossível.

Aos departamentos de enfermagem da Universidade Federal do Pará e seus professores.

A Universidade Federal de Santa Catarina - Rede Repensul- Polo I - Universidade Federal do Paraná por terem acreditado e realizado esta parceria, tornando possível a qualificação de mais profissionais enfermeiros.

A Coordenação do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo caminhar tranquilo das atividades.

A Coordenação local do Curso de Mestrado, pelo apoio no final deste trabalho.

A ex- Coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Liliana Laroca e Neusi Tomasi por terem sido sempre solícitas quando procuradas.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná pelo apoio e contratação dos professores visitantes.

A Secretaria Municipal de Curitiba por ter fornecido material e dado informações importantes sobre o programa de fitoterapia.

A toda equipe da Unidade de Saúde Vila Clarice, em especial a Simone pelo apoio recebido na realização deste trabalho.

A professora Elisa Feitosa, por ter me incentivado à prestar a seleção de mestrado, à você o meu carinho e reconhecimento.

A professora Terezinha Zogbi pela ajuda dada e ao amigo Carlos Souza pela amizade e carinho.

A ex-coordenadora, amiga e madrinha Gláucia Borges Seraphim, sempre presente e dedicada. Obrigada pelo apoio, carinho e confiança.

Aos secretários do departamento, coordenação e pós-graduação em enfermagem. Em especial a Marilda Júlia pelo carinho e amizade.

A minha querida orientadora Dra. Lilia Bueno de Magalhães, por estar presente sempre que precisei, orientando, estudando e compartilhando comigo os vários momentos deste trabalho.

A Rosita Saupe, minha co-orientadora e amiga, pelas palavras de estímulo, pelo incentivo, pela orientação conjunta com minha orientadora, pela objetividade, por compartilhar idéias e também pelo carinho.

Aos professores Eloita N. Arruda, Cassiano Cordi, Dativa Gonçalves, Vera Blank, Mercedes Tritini, Alacoque Lorenzini, por compartilharem seus conhecimentos, em especial a Maguida Stefanelli, Ivo Gelain, Vanda Jouclas e Sandra Honorato pela amizade.

Aos professores da disciplina Prática a Assistencial, Ymiraci Polak, Rosita Saupe, Ivo Gelain, Vanda Jouclas, Lilia Bueno de Magalhães e colegas, pela construção conjunta do trabalho.

A Marli Perozin por se colocar à disposição para tirar dúvidas e fornecer material para subsidiar este estudo.

Ao padre, professor José Maria Albuquerque pelo apoio e incentivo.

Aos colegas do mestrado Kleyde, Darci, Eleonor, Cristina, Ricardo e Liliana Labronici, pelos dois anos de convívio e troca de conhecimentos.

A Maria Angélica Pagliarini Waidman e Verônica Azevedo Mazza, no passado eram apenas colegas, no presente verdadeiras amigas. Com vocês minha trajetória durante o mestrado tornou-se mais fácil e menos dolorosa.

Aos meus queridos amigos Marília e Júnior pela amizade, carinho, companheirismo e por me acolher sempre que precisei ir à Florianópolis.

A Adriane pelo carinho e a Valdirene por ter sido companheira e amiga em vários momentos que senti falta da minha família e por ter me apresentado a Beth, grande amiga e confidente.

A Ivolete pela amizade e por compartilharmos a moradia.

As queridas famílias que me receberam em seus lares, com vocês aprendi muito mais do que imaginava.

A todos que de forma direta ou indireta ajudaram meu crescimento pessoal e profissional.

MENDONÇA, A.R.V. de Fitoterapia e Enfermagem: aproximando o sistema profissional e o popular nos serviços de saúde e no domicílio. Curitiba, 1998. f.78 Dissertação/Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Expansão Polo I – UFPR.

Orientador (a) : Dra. Lilia Bueno de Magalhães

Co-orientador (a) : Dra. Rosita Saupe

Defesa: 17/07/98

Trata-se de um estudo desenvolvido no serviço de saúde e domicílio, com famílias que tinham entre os cuidados culturais, o uso de [fitoterápicos]. Teve o objetivo de identificar as possíveis lacunas de conhecimento, em relação ao cuidado prestado por meio de fitoterápicos e a partir daí prestar o cuidado profissional, preservando, acomodando e repadronizando o cuidado popular de saúde. O método utilizado, para implementação da proposta, foi o de [etnoenfermagem] da teoria da universalidade e diversidade do cuidado cultural de [Leininger], que objetiva a Observação – Participação – Reflexão (O-P-R). O enfoque principal deste trabalho foi a fitoterapia utilizada como um recurso no cuidado de saúde, tanto no sistema profissional como no popular. Os dados oportunizaram colocar na prática as formas de atuação da enfermeira que proporcionou manter, negociar e reestruturar o cuidado popular junto com os usuários da Unidade Básica e as famílias participantes do estudo. Demonstrou que se a enfermeira compartilhar conhecimentos com a comunidade e vice versa, maiores serão as possibilidades de ocorrer um cuidado cultural congruente.

MENDONÇA, A.R.V. de Fitotherapy and Nursing: approximating the professional and popular system in the services of health and in the home. Curitiba, 1998. f.78 Dissertation/Master's Degree in Nursing) – Postgraduate Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina Expansion Pólo I–UFPR.

Supervisor: Dr. Lilia Bueno of Magalhães

Co-Supervisor: Dr. Rosita Saupe

Final Exam: 17/07/98

It is a study developed in the service of health and home, with families that were among the cultural cares, the use of [Fitotherapies]. It had the objective of identifying the possible knowledge gaps, in relation to the care given through Fitotherapies and since then giving the professional care, preserving, accommodating and restandardizing the popular care of health. The used method, to introduce the proposal, was of [Etnonursing] of the theory of the universality and diversity of the cultural care of [Leininger], that aim the Observation–Participation–Reflection (O-P-R). The main focus of this work was the Fitotherapy used as a resource in the care of health, as in the professional system as in the popular. The data gave the opportunity to practice the forms of the nurse's performance that provided to maintain, to negotiate and to restructure the popular care together with the users of the Basic Unit and the participant families of the study. It demonstrated that if the nurse shares knowledge with the community and vice-versa, greater will be the possibilities to happen a congruent cultural care.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	1
2- REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1- Fitoterapia com Prática Terapêutica Utilizada no Cuidado Cultural	5
2.1.1- Dicotomia Entre o Cuidado Científico e o Popular	7
2.1.2- (Re) descoberta dos Cuidado Terapêutico Cultural e a Enfermagem no Brasil	11
2.1.3- Situação da Fitoterapia no Município de Curitiba	15
2.2- Cultura e Sua Influência nos Cuidados Terapêuticos	18
2.3- Família na Formação Cultural	20
3- REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	24
3.1- A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger	24
3.1.1 - Históricos e Conceitos	24
3.1.2- O Sistema de Cuidado de Saúde	29
3.1.3- O Modelo do “Sol Nascente”	33
3.1.4- O Método de Etnoenfermagem	35
3.2- Aplicando a Metodologia	38
3.2.1- Local de Estudo e Informantes	38
3.2.2- Registros dos Dados	40
3.2.2.1- Notas de Campo da Enfermeira	40
3.2.2.2- Roteiro de Entrevista e Avaliação do Padrões de Cuidado	41
3.2.3- Análise dos Dados	41
4- A TRAJETÓRIA VIVIDA	42
4.1- Preservando, Acomodando e Repadronizando	55
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	

1- INTRODUÇÃO

As terapêuticas como práticas culturais, ao longo dos tempos, têm estado presente nos diversos tipos de contextos. Muitas vezes, por fazerem parte do cotidiano das famílias/comunidades, estas práticas passam despercebidas, até mesmo por aqueles que utilizam este tipo de terapêutica no cuidado cultural.

Por um longo período, estas práticas - em especial a fitoterapia - foram utilizadas anonimamente. Mas, a divulgação feita, nos últimos anos, pela imprensa em geral e inúmeros estudos realizados em diversas áreas da ciência, como farmacologia, bioquímica, fitoquímica e outras, estimulou o interesse dos profissionais, para este tipo de cuidado utilizado pela população, que cada vez mais está ganhando força e por isso não deve ser desprezado.

A família tem um papel importante no repasse de conhecimentos sobre vários tipos de práticas terapêuticas originárias dos costumes e hábitos culturais. Através dela, muitos padrões culturais são constituídos, modificados ou preservados, de acordo com a influência do meio em que vivem e do interesse do grupo em que está inserida. Assim, os valores, crenças e modo de vida determinados pela cultura acumulada são transmitidos por várias gerações.

O interesse por esta abordagem surge devido à grande influência que recebi e a crença na fitoterapia, repassadas pela família e pelo contexto cultural da cidade onde nasci.

Belém do Pará, localizada na Região Norte, é conhecida como a “Cidade das Mangueiras” e /ou o “Portal da Amazônia”. Lá os turistas encontram várias curiosidades peculiares da terra, como os encontros marcados antes ou após a chuva, os exóticos pratos típicos, o folclore, a maior festa religiosa do Brasil (Círio de Nazaré), as saborosas guloseimas, feitas com frutas nativas, os amuletos feitos de animais ou plantas para dar sorte, arranjar

marido e finalmente o cuidar e tratar os familiares por meio do uso de plantas com finalidades terapêuticas. Estas são adquiridas, mais comumente, no mercado do Ver-o-Peso, onde estão concentrados vendedores, que conhecem e usam as plantas e que além de vender, orientam o uso dos fitoterápicos à população que recorre a eles, apesar das tecnologias consideráveis disponíveis na cidade.

Por ser uma cidade antiga, Belém do Pará (Brasil) trás também, consigo, toda uma forte identidade cultural, que vai desde a história da colonização até a mistura de raças e lutas de classes sociais. Um fato importante, em sua história, é o Movimento da Cabanagem (movimento popular na luta contra a desigualdade), que é um símbolo contra a opressão e de amor à cidade. Cresci e amadureci, absorvendo toda esta gama de costumes, crenças e valores que não posso negar, pois fazem parte do meu ser. No entanto, na vida acadêmica não conseguia ver uma relação entre os conhecimentos adquiridos na escola e os conhecimentos transmitidos na minha família, na minha comunidade.

Tanto é verdade esta afirmação que, quando ingressei na Universidade, notei que havia um grande distanciamento entre a ciência e o senso comum. A ciência era a supremacia máxima e os conhecimentos adquiridos no cotidiano eram tidos como sem importância, por isso eram negados pela maioria dos cientistas.

Na Universidade, particularmente na área de saúde, o homem ainda é visto de forma fragmentada, como se fosse um “quebra cabeças” montado. Esta visão reflete-se na formação profissional do enfermeiro, acabando por influenciar sua atuação. Mas, apesar desta influência, muitos enfermeiros conseguiram superar esta visão estreita e ir além, prestando um cuidado mais humanizado do que o ditado pela escola mecanicista.

Para minha surpresa, certo dia tive a oportunidade de conhecer um Grupo de Pesquisas na área de Etnofarmacologia¹ e Fitoquímica², que justamente tentava comprovar a eficácia, ou não, de plantas medicinais, que a população usava no tratamento de seus males, logicamente com intenção de identificar princípios ativos para a indústria farmacêutica. Na sequência obtive uma bolsa de iniciação científica e comecei a trabalhar no grupo, passando a desenvolver atividades de pesquisa como testes farmacológicos em camundongos, utilizando extratos de plantas e seus fracionamentos. Este convívio prolongou-se durante quatro anos. Foi a primeira vez que percebi a relação que o conhecimento popular poderia manter parceria com o científico.

Assim sendo, pude verificar na prática que o saber popular tem, também, sua importância e isto vem cada vez mais se confirmando, inclusive no ambiente acadêmico, tanto que algumas terapias alternativas já foram incorporadas nas Unidades de Saúde e em alguns hospitais, como o de Goiânia e Brasília, este último derivado do Projeto Farmácias Vivas criado, por um professor da Universidade Federal do Ceará. Infelizmente muitos laboratórios multinacionais “pirateiam informações de plantas usadas pela população” para pesquisas e isolamento de substâncias ativas, para posterior sintetização e lançamento no mercado a preços exorbitantes e ainda, sem pagar os devidos tributos (Galvão, 1997; Mendonça, 1991).

Lembro-me de um fato ocorrido quando ainda era acadêmica. Fazia estágio supervisionado na clínica cirúrgica de um hospital público, quando uma cliente, que estava se recuperando de uma cirurgia, sentiu-se mal. O médico foi acionado, prescrevendo imediatamente sonda nasogástrica. Enquanto estava preparando o material necessário para o procedimento, observei que chegou ao local um familiar da cliente, trazendo consigo um

¹ Pesquisa de plantas, através de testes farmacológicos, baseada na indicação popular.

² Pesquisa de plantas com a finalidade de identificação de substâncias para posterior isolamento.

“Caribé” (tipo de mingau feito com farinha de mandioca e servido quente), dando à cliente sem solicitar permissão à enfermeira. Alguns minutos após o episódio ocorrido, a cliente havia melhorado, não necessitando assim fazer o procedimento invasivo. Portanto, em alguns casos, o saber popular pode servir como mais um recurso disponível para a prestação de um cuidado, mais adequado à realidade de cada lugar. E um desses recursos é o conhecimento sobre os fitoterápicos, que está internalizado na cultura do povo.

Estas experiências relatadas me instigaram à seguinte indagação: **Como se dá o cuidado mediante o uso dos fitoterápicos no ambiente familiar?** Objetivando responder a questão propus-me a **compartilhar com as famílias que utilizam a fitoterapia, como recurso terapêutico, no cuidado popular de saúde, tendo com suporte a teoria transcultural de Leininger (1991) e assim prestar cuidado profissional congruente.**

O desenvolvimento deste trabalho se deu a partir da crença de que a fitoterapia é uma prática de cuidado tradicional, cuja essência está ligada aos valores e crenças de uma determinada população, repassadas de gerações para gerações. Sendo a enfermagem a profissão mais próxima da população, ela pode contribuir de forma mais ativa na preservação destes conhecimentos culturais das famílias, fazendo um estreitamento na vinculação do saber profissional e popular. Esta aproximação ocorreria por meio do Programa de Fitoterapia, garantindo, desta forma, maiores chances na obtenção de bons resultados. Cabe ressaltar a necessidade da comunidade e dos profissionais acreditarem na proposta.

Na sequência apresento a revisão de literatura focalizando o surgimento das práticas terapêuticas, o conceito de cultura e de família, considerados centrais para o desenvolvimento deste estudo.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Fitoterapia como Prática Terapêutica Utilizada no Cuidado Cultural

Nos primórdios, para sua existência, o homem teve necessidade de cuidar do outro (Leininger, 1985), adquiriu habilidades de pescar, caçar, fazer fogo, abrigar-se das variações climáticas e tratar de seus males utilizando plantas. (Castiglioni, 1947, Hyde, 1981 e Nogueira, 1983). Buisson (1973) relata que talvez a habilidade de usar plantas tenha surgido quando o homem, observando os animais, viu que comiam certas plantas após serem atingidos por algum animal peçonhento!

O homem, também, para garantir sua existência, teve que viver em grupos, iniciando um grande processo de desenvolvimento da espécie humana, levando ao aparecimento das primeiras formas de escrita, que foram repassadas pelas civilizações, evoluindo ao longo do tempo, até ser dominada, principalmente, pelos sacerdotes, ficando esses responsáveis pela designação do que era certo e errado, sendo que, por interesses próprios, engendraram as profissões de médicos e juizes. Assim, os sacerdotes, médicos e juizes decidiam a ordem social (Colliere, 1996). Na evolução histórica das ações de saúde, Ferrara (1976) delineia justamente quatro fases: o período instintivo, o sacerdotal, o hipocrático e o contemporâneo, que parecem, respectivamente, ser correspondentes às Comunidades Primitivas, à Barbárie, à Idade Média e à Contemporaneidade.

Em 2000 a.C. os médicos assírios e babilônicos já usavam plantas medicinais, e no séc. XXIII a.C., o rei da Babilônia, Hamurabi elabora a primeira codificação de plantas. Encontra-se também o uso das plantas para tratar as moléstias, nos primeiros séculos do

Cristianismo. Discóries 54 - 58 d.C. classificou as ervas e escreveu um livro que foi vendido por dezesseis séculos (Gordon, 1996).

Os persas, judeus, indianos, chineses e gregos usavam plantas medicinais, sendo que os romanos as usavam por terem sido influenciados pelos gregos (Castiglioni, 1947; Groser, 1895; Lopes, 1970). Já a partir do século VI os conhecimentos sobre a terapêutica das plantas ficou, principalmente, restrito às igrejas e claustros. No século X surgiu o estudo da quinina e seu emprego terapêutico (Lopes, 1970). O século XV foi marcado pelo cultivo de “herbários”, por monges, no ambiente restrito dos mosteiros. Estes “herbários” eram utilizados para estudos, concentrando os conhecimentos daí advindos para poucos privilegiados (Castiglioni, 1947). Neste mesmo século a quina, derivada da *chichona officinales*, era utilizada pelos nativos da América para tratar a malária; esta forma de tratamento foi levada para a Europa depois de 1630 (Neves, s.d.).

Posteriormente, também no século XVI, os colonizadores encontraram, nas regiões conquistadas, vários nativos usando vegetais no cuidado de seu povo. Na Inglaterra, em 1563, o herbalista Nicholas Culper prescreveu mais de 500 (quinhentas) plantas para curar os males humanos (Gordon, 1996). Serrano (1985) ressalta que o emprego de ervas medicinais já era prática comum entre os indígenas brasileiros, a ela somados procedimentos trazidos pelos próprios colonizadores e escravos, gerando rica cultura popular.

Mas, a partir do século XVII, ocorre o surgimento da farmacologia e da química e suas técnicas de experimentação de vegetais, com finalidade de isolamento de substâncias para posterior comercialização, que se estendeu até o século XVIII. Em consequência desta nova visão, a utilização dos vegetais (in natura), com fins terapêuticos, começou a decair a partir do século XIX (Castiglioni, 1947). Com a sintetização das substâncias começaram a ser produzidos

medicamentos potentes, com rápida resolutividade, sendo só posteriormente descobertos os danos que as doses “concentradas” poderiam trazer ao organismo.

2.1.1- Dicotomia Entre o Cuidado Científico e o Popular

As práticas de saúde consistiam, num primeiro estágio da civilização, de medidas higiênicas. Os conhecimentos sobre saúde, meios de minorar os males físicos, de eliminar as dores, surgiram da própria necessidade de existência e perpetuação da espécie (Rezende, 1989). Com o surgimento das profissões, o homem começou a dicotomizar os conhecimentos existentes. Esta dicotomia é percebida já nos séculos XVI e XVII pela noção do mundo como uma máquina (Capra, 1992). Sendo que, até 1500, a visão de mundo dominante na Europa, assim como na maioria das outras civilizações, era orgânica, mas a medida que a ciência evoluiu, surgiram as primeiras maquinarias e o homem começou um processo de negação ao senso comum, trazendo como pensamento dominante o da ciência mecanicista (Capra, 1992). As pessoas passaram a se sentir intimidadas, com receio de demonstrar suas crenças e seus conhecimentos, pela ameaça de serem ridicularizadas. Mas, apesar disso, as crenças foram preservadas no ambiente familiar e conseqüentemente em algumas comunidades (sai da evidência pública e esconde-se no ambiente do lar).

Capra (1992) cita ainda que os cientistas ficaram encorajados a tratar os organismos vivos como máquinas. Esta postura trouxe várias conseqüências adversas, evidentes na medicina, sendo que a adesão ao modelo cartesiano do corpo humano, impediu os médicos de compreenderem muitas das mais importantes enfermidades da atualidade. E uma das características desta postura se retrata na utilização exacerbada de medicamentos, criando com isso uma necessidade social sobre este tipo de prática. Ou seja, foi tão internalizada pela

sociedade que as pessoas “só ficam satisfeitas”, quando o profissional de saúde prescreve algum medicamento, mesmo que estas pessoas utilizem paralelamente os remédios caseiros.

Apesar do avanço acelerado das tecnologias e da ciência terem proporcionado uma melhor qualidade de vida à população mundial, promovendo verdadeiras revoluções no comportamento da humanidade, essas mudanças tornaram os homens mais distantes uns dos outros e menos sensíveis, em prol de uma prática tecnológica mais concreta, como as respostas lógicas e explicações respaldadas por testes laboratoriais e estatísticos, etc.

No entanto, os vários problemas sociais, como as doenças milenares, a fome, a miséria, continuaram a persistir, não dando as respostas esperadas pela sociedade, na busca da verdade absoluta. Talvez, por causa desta busca incessante, o homem distanciou-se de seu mais alto valor que é a solidariedade, esquecendo que precisamos uns dos outros.

Um grande exemplo são as questões de políticas públicas no Brasil como Nunes (1991) cita que a primeira dicotomia, no interior da saúde, da atualidade, ocorreu com a instituição da seguridade social, que financiava em parte, mas não participava diretamente do gerenciamento da saúde. Com isso predominou o enfoque eminentemente curativo, frente ao enfoque preventivo. Landmann (1982) ironiza a atualidade da mitologia grega na qual Esculápio, deus da medicina, esperava que suas duas filhas, Panacéia, encarregada da cura e Hygea, da prevenção, não competissem, mas cooperassem. Uma vez imposta a competição, o sucesso de uma implicou o desemprego da outra.

Outro fator é o que cita Barbosa (1990) sobre a grande expansão dos serviços de Previdência e Assistência Social, que ocorreu especialmente após 1974, quando da aplicação do Plano de Pronta Ação (P.P.A.) - instrumento que dá apoio às políticas de saúde da Previdência Social (Nicz, 1989). Esta ampliação de serviços foi acompanhada do crescimento dos gastos

médicos previdenciários, infrações éticas, fraudes, mercantilização da medicina, irregularidades. Mello (1981) refere serem estas as características peculiares da medicina empresarial, medicina comercial, do lucro e de mercado.

Os estudos de utilização de medicamentos, realizados mundialmente, permitiram traçar um panorama no qual aparecem distorções comuns à maioria dos países: abundância de produtos desnecessários ou com potencial tóxico inaceitável, prescrição irracional, automedicação (quimização) e outras. Tais desvios decorrem, em última instância, do caráter lucrativo da atividade industrial na produção de medicamentos e afetam as condutas nas áreas de ensino, prescrição e consumo. Assim sendo, tanto o distanciamento entre a ciência e o senso comum, quanto as irregularidades das políticas de saúde, expuseram o homem a um estresse muito grande. É o que Leininger (1985) chama de choque cultural, já que suas crenças e valores eram negados pelos profissionais, que não tinham as respostas para seus problemas, já que não estavam preocupados com a origem dos problemas que estariam acarretando o estresse.

Assim, percebeu-se que a ciência tem suas limitações e o homem começou com uma tendência mundial de retomada ao conhecimento, que estava contido no senso comum, no cotidiano de pessoas simples, mas sábias.

O tratamento alopático, também, há muito tempo, não vem dando conta de resolver os problemas de saúde da população, seja pelos efeitos colaterais dos medicamentos sintéticos ou pelo custo destes, impossibilitando, muitas vezes, as pessoas de baixa renda fazerem o tratamento adequadamente. Soma-se a tudo isto a falta de atenção, que alguns profissionais tem para com a clientela, não prestando assim o cuidado humanizado que Leininger preconiza como fundamental, para a manutenção do bem estar da população.

Luz (1985) reforça estes argumentos, constatando que, na medicina ocidental, contemporânea, há uma convivência contraditória de uma tripla cisão: a cisão entre ciência das doenças e arte de curar, desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; a cisão na prática médica de combate às doenças (práxis) entre diagnose e terapêutica, desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX e, finalmente, a cisão no agir clínico da unidade relacional terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias “frias”, verificadas a partir do século XX.

Esta pode ser também uma das explicações do profundo mal-estar que atinge atualmente a medicina clássica (oficial), sob a designação de crise da medicina, ou mais recentemente, de “crise de paradigma”, que é evidenciada pelo descontentamento da população acerca do tipo de atendimento recebido, fazendo com que a “medicina clássica” seja questionada. Para Landman (1989) é natural que a população, insatisfeita com os resultados atuais dos serviços da “medicina clássica”, venha procurar alternativas que diminuam seus anseios.

Por isso vivemos hoje uma verdadeira duplicidade, de um lado a alopatia e seus resultados rápidos, porém com vários efeitos colaterais, como a agregação plaquetária e agranulocitose causada pelo tratamento crônico com inibidores da ciclo oxigenase e a dependência e tolerância observada no uso contínuo de morfina e distúrbios gastro intestinais. Do outro lado, a fitoterapia com um resultado mais demorado, mas com menor possibilidade de causar danos ao cliente, desde que usada adequadamente. Todavia, uma contradição que, à primeira vista pode parecer incontestável, poderá evoluir para uma nova visão integradora.

2.1.2- (Re) Descoberta do Cuidado Terapêutico Cultural e a Enfermagem no Brasil

Apesar de rejeitadas pela ciência e inclusive combatidas pela medicina oficial, as terapias não convencionais sobreviveram. Segundo Oliveira (1984), isto acontece porque os recursos de cura, utilizados pela medicina popular, respondem aos interesses e atendem às necessidades da população. Bannerman (1982) considera que, em caso de doença, a maioria da população dos países em desenvolvimento recorre aos curandeiros. Oliveira (1985) cita que a medicina popular é uma prática que resiste, política e culturalmente à medicina clássica (oficial). E ainda que a medicina popular seja realizada em diferentes circunstâncias e espaços (em casa, em agências religiosas de cura) e por várias pessoas (pais, filhos, avós), ou agentes populares de cura (benzedoras, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras, curandeiros, feiticeiros), sendo uma prática de cura concreta, ao realizar-se mostra aos médicos, biólogos, enfermeiros (os profissionais da medicina erudita) que, no campo da saúde, não há um único modo de se fazer ciência.

A tradição das terapias alternativas comprova sua eficácia entre os usuários. Entretanto, ao longo da história da assistência médica brasileira, os serviços de saúde têm se valido essencialmente da terapia alopática para o tratamento de sua clientela (Barbosa, 1994).

Oliveira (1985) coloca que a medicina popular está incorporada aos nossos atos concretos, cotidianamente vividos. Estes atos estão cristalizados em hábitos, costumes e tradições. Não nos damos conta do quanto ela é importante, mas a medicina popular é praticada na esfera familiar, na casa de nossos amigos, vizinhos e parentes, na comunidade onde moramos, próximo a nós, mas é difícil explicar este fenômeno, pois ele é muito complexo. Os vários tipos de técnicas empregadas por especialistas (curandeiros, etc.) não reconhecidos pela

medicina oficial, são chamadas de práticas populares. Elas são desenvolvidas num contexto social que não as isolam dos valores culturais. (Loyola, 1984).

No Brasil, na década de 80, as terapias não convencionais, antes consideradas simplistas e marginalizadas pela classe médica, embora utilizadas pela população, porém em menor escala que a alopática, passam a ser reconhecidas oficialmente, sendo inclusive utilizadas pelo serviço público e mais especificamente pelo S.U.S., com grande número de adeptos (Barbosa, 1990). A população francesa, há algum tempo, tem uma forte inclinação em utilizar as terapias alternativas para tratamento de seus males (Ladmann, 1982).

O crescente interesse pelas terapias alternativas na prevenção e tratamento das doenças, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos clientes, contribui para a adoção dessas técnicas através das resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN-. Entre elas destacamos a homeopatia, a acupuntura, as terapias alternativas de saúde mental, o termalismo e a fitoterapia (Perozin, 19--).

Steagall-Gomes et al (1985); Laplantine & Rabeyron (1989); Barbosa (1990) constataram o interesse da população em utilizar terapias alternativas para tratamento e cura de seus males. Esta prática não se dá, apenas, pelo aspecto econômico do paciente. Existe uma crença popular, uma visão de mundo do organismo e da saúde incompatível com a medicina vigente (Loyola, 1984):

Barbosa (1990) constatou, em seu estudo, que as pessoas procuram a fitoterapia e a homeopatia para soluções de problemas de saúde, porque consideram o tratamento natural, mais barato, eficaz, sem químicas e, conforme referem, sem efeitos colaterais. Outro motivo desta procura é a experiência anterior com fitoterápicos.

A revista "Isto É" lançou, em 1996, uma reportagem sobre adesão, da população em geral, às práticas alternativas de saúde, mostrando depoimentos de pacientes e profissionais convencidos da eficácia das terapias alternativas (Gullo; Pereira, 1996), e mais recentemente estes autores voltaram a publicar outra reportagem sobre plantas medicinais (Gullo; Pereira, 1998). E outras revistas e jornais de grande circulação nacional registram o interesse dos profissionais das mais variadas áreas, (como fitoquímica, biologia, botânica, agronomia, farmacologia, etc.) de relatar e pesquisar as plantas a partir do conhecimento popular, com finalidades variadas. Portanto, a escolha desta área temática se deu na medida em que muitos profissionais, da área de enfermagem, ainda não perceberam que vários dos clientes dos quais cuidamos, acreditam e utilizam algum tipo de terapia alternativa para cuidar de seus familiares. O enfermeiro, neste caso, pode ser aquele profissional facilitador e participante do processo de cuidado do cliente/grupo e/ou comunidade, pois um dos compromissos do enfermeiro é ser um agente transformador.

Não é de hoje que encontramos enfermeiros interessados neste assunto, existindo diversos trabalhos desenvolvidos nesta área. Nogueira (1983), no seu trabalho intitulado: "Fitoterapia e Enfermagem Comunitária", levantou diversos dados sobre plantas utilizadas por mulheres de uma comunidade, para tratar seus familiares. Este trabalho foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde de São Paulo. Paulo (1989) desenvolveu um estudo em Unidade de Saúde do Rio de Janeiro, que também abordou o levantamento das práticas populares de cuidado de saúde, identificando diversas formas de utilização das plantas, bem como a crença na eficácia destas.

Barbosa (1990), em sua dissertação de mestrado, descreveu sua experiência de cuidado, através da medicina ayurvédica, no hospital de Goiânia. Em sua tese de doutorado

(1994), fez um levantamento da utilização das terapias alternativas por enfermeiros brasileiros, bem como o perfil destes e os motivos que levaram os mesmos a procurarem as terapias alternativas. Nos depoimentos surgiram o uso de alguma terapia alternativa e procura de terapia alternativa por desencanto com a medicina clássica. Alguns, devido a este fator, negavam o tratamento alopático e tentavam viver de forma mais saudável.

Souza (1995) levantou o conhecimento e percepção dos docentes e discentes e a utilização de fitoterápicos em Belém do Pará e constatou que muitos acreditavam na eficácia dos fitoterápicos. Também sentiam falta, no currículo, de uma disciplina que tratasse desse assunto, já que muitas vezes, tanto alunos como professores, deparavam-se com algum paciente utilizando, mesmo no hospital, algum tipo de terapia alternativa.

No Estado de Santa Catarina, existe um grupo de estudos de plantas medicinais, constituído por profissionais de diversas áreas e também por pessoas da comunidade, interessadas em estudar os fitoterápicos. Este grupo surgiu a partir de discussões sobre a saúde da população do bairro Saco Grande II, em Florianópolis (Wosny, 1994).

No serviço Público de Saúde, da cidade de Curitiba, há várias enfermeiras que trabalham nos cuidados com fitoterápicos, sendo que uma delas foi coordenadora do programa de fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde.

Como podemos notar, várias enfermeiras, de regiões e realidades diferentes, já se preocuparam em conhecer mais sobre terapias alternativas. Outro fator importante é o esforço das escolas de enfermagem em melhorar o currículo mínimo. O curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina foi o primeiro a incorporar no seu currículo, a disciplina sobre as terapêuticas alternativas. Teve início em março de 1990, com o objetivo oportunizar aos alunos de graduação algum conhecimento sobre os métodos terapêuticos mais comuns

(Patrício, 1992). Silva (1996) cita que o processo de implantação do currículo mínimo, para o curso de enfermagem, abre a possibilidade de aproximação do cuidado no meio social e comunitário da clientela assistida. Isto faz com que seja necessário que a enfermeira conheça e interaja com as famílias, com vistas a compreender suas práticas, bem como as redes sociais utilizadas por elas.

2.1.3- Situação da Fitoterapia no Município de Curitiba

Na cidade de Curitiba, onde este estudo foi desenvolvido, existe um Programa Municipal de Fitoterapia, que é coordenado pelo Departamento de Planejamento em Saúde - Divisão de Planejamento e Ações de Saúde, sendo uma enfermeira a profissional responsável pelo programa. Este está integrado no Sistema de Atenção Primária à Saúde como terapias complementares e/ou alternativas.

O processo de utilização de plantas na Secretaria Municipal de Saúde (S.M.S.) ocorria de maneira lenta e informal até 1989, quando iniciou-se o Programa de Fitoterapia, envolvendo uma equipe multiprofissional que incluía Enfermeiro, Biólogo, Agrônomo, Médico e Pessoal Auxiliar.

Este projeto teve início com a realização de uma pesquisa etnobotânica, referente às plantas medicinais usadas pela população do município de Curitiba. Em seguida fez-se um levantamento das principais patologias atendidas nas Unidades de Saúde, passíveis de tratamento pela Fitoterapia. O programa não tem pretensão de substituir a medicina oficial, mas oferecer orientações adequadas com relação às plantas.

Este programa foi implantado em 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.) do Município, onde foram incorporadas 19 (dezenove) espécies vegetais para serem utilizadas

pela população, sendo expandido atualmente para 30 (trinta) U.B.S. e com 25 (vinte e cinco) espécies de plantas utilizadas, compondo a farmácia básica.

Paralelamente a este programa, foi implantado o Projeto “Plante Saúde - Farmácias Caseiras”, com intuito de estimular o cultivo de fitoterápicos pela população. A “Farmácia Verde” é outro programa que visa o cultivo e beneficiamento de “Plantas Medicinais” em conjunto com a Secretaria Municipal do Abastecimento, Fundação de Assistência Social (FAS) e Universidade Federal do Paraná, que tem como finalidade abastecer as U.B.S. e diminuir os custos de aquisição das plantas utilizadas como fitoterápicos.

O “Viveiro Didático-Casas da Comunidade” foi criado para facilitar o reconhecimento das plantas utilizadas na “medicina popular” e na S.M.S., e para estimular a equipe local no trabalho com fitoterapia.

A “Feira de Plantas Medicinais” é um trabalho realizado junto à comunidade, com a participação de profissionais das Unidades de Saúde e tem por finalidade conhecer e atualizar os dados sobre as plantas, que estão sendo utilizadas pela comunidade do local da feira. Há uma divulgação prévia, convidando a comunidade a participar e trazer consigo plantas que habitualmente usam, principalmente como medicamento. Além disso conta com um “Centro de Beneficiamento de Fitoterápicos”, que tem por finalidade armazenagem, secagem e empacotamento das plantas produzidas, bem como o laboratório para manipulação.

Um dos critérios importantes, para se trabalhar com fitoterapia na U.B.S., é o de passar por um curso de “treinamento”, com a finalidade de cuidar, indicar e repassar informações de forma mais precisa, (Moresco, 1996).

Para divulgação dos Programas é utilizado um “Folder” com informações básicas sobre o assunto, o “Fitoinforme”, que é trimestral e tem por finalidade divulgar os

acontecimentos relacionados à fitoterapia, e um catálogo contendo as principais plantas utilizadas no Município de Curitiba, com sua respectiva indicação, escolha do local, preparo do terreno, adubação, forma de cultivo, de colheita, armazenamento e secagem, preparo e dosagem, e também orientações de uso, para evitar utilização inadequada do fitoterápico.

O programa tem por objetivos oferecer opção terapêutica com qualidade à população; estimular o uso criterioso de fitoterápicos nos serviços de saúde; diagnosticar o uso popular das plantas medicinais; desenvolver trabalho integrado com a comunidade, visando resgatar o saber popular, oferecendo novos conhecimentos sobre as plantas - identificação, formas corretas de uso; estimular a capacitação e o aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fitoterapia; produzir e beneficiar fitoterápicos de alta qualidade; implementar o programa através de integração intersetorial; buscar a participação de vários grupos da sociedade para seu desenvolvimento; proporcionar mecanismos de controle para utilização de plantas medicinais (Moresco, 1996).

O trabalho executado pelo Município de Curitiba serve de exemplo para muitas cidades do Brasil, pois é realizado com seriedade e profissionalismo, fazendo com que a população tenha um maior acesso a outras formas de tratamento. Esta é, sem sombra de dúvida, uma visão mais avançada da atenção primária à saúde.

Oliveira (1984) cita que a medicina popular veicula uma determinada visão de mundo, de doença, de organismo e de saúde. Esta visão é próxima ao universo de experiência da população que a consome. Portanto a prática das terapias alternativas é diretamente influenciada pela cultura.

2.2- Cultura e Sua Influência nos Cuidados Terapêuticos

É necessário aprofundarmos a discussão sobre cultura, recapitulando o surgimento do estudo da mesma. Laraia (1989) cita o pensamento de que, no início, o desenvolvimento do cérebro humano era uma consequência da vida arborícola de seus remotos antepassados, que perderam o aguçado faro, evoluíram sua visão, bem como a capacidade de utilização das mãos.

Quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos, que penetraram na experiência do homem, através da forma física destes símbolos, ocorreu o surgimento da cultura. Sendo que para perceber o significado de um símbolo é necessário conhecer a cultura que o criou (Levi-Strauss, 1976). Ele considera, ainda, que a cultura surgiu no momento em que o homem convencionou a primeira regra, a primeira norma e esta seria a proibição do incesto, padrão de comportamento comum a todas as sociedades humanas, proibindo, assim, a relação sexual de um homem com certas categorias de mulheres (entre nós, a mãe, a filha e a irmã).

No final do século XVIII e no princípio do seguinte, o termo germânico “kultur” era utilizado para simbolizar todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa “civilization” referia-se principalmente às realizações materiais de um grupo. Ambos os termos foram sintetizados por Edward Tylor, em 1871, no vocábulo inglês culture, que, tomado em seu amplo sentido etnográfico, é um todo complexo, que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos, adquiridos pelo homem, como membro de uma sociedade (Laraia, 1989).

No nascimento, o cérebro humano constitui-se como uma caixa vazia dotada de uma grande capacidade, quase que inesgotável, de adquirir conhecimentos conforme dizia John Locke, em 1690 (apud Laraia, 1989). Portanto, diz Laraia (1989) o ser humano possui grande

capacidade de reter idéias e estas são repassadas para seus descendentes numa ordem crescente e para que se tenha, indivíduos críticos e esclarecidos, é necessário colocar à disposição materiais, que facilitem o desenvolvimento.

Geertz (1978) acredita que o homem é um animal amarrado a teias de significados, que ele mesmo tece, e ele assume a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado. Spradley (1980) considerou cultura como o conhecimento adquirido, que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e produzir comportamento social. Sendo que o fator genético não determina as atitudes culturais Keesing apud Laraia (1989).

Os atos de um povo na cura e tratamento de seus doentes possuem influências culturais, como o das índias brasileiras que, após o ato de parir, usam algumas plantas para cessar o sangramento e raízes para evitar a concepção (Mendonça, 1991).

A medicina alternativa e a oficial são determinadas pela cultura, seja ela baseada na ciência, que é repassada através das universidades ou na experiência baseada no cotidiano das pessoas. Ambas tem necessidade de serem providas permanentemente de conhecimentos sobre os respectivos assuntos, para que ocorra sua perpetuação.

Nenhum conhecimento existente no meio da humanidade está livre das influências culturais de um determinado povo. Tanto que muitas vezes o que é importante no tratamento e cura de uma determinada doença para uma sociedade, é totalmente absurdo e ultrapassado para outra, e não pode ser dito, em alguns casos, que uma ou outra tem a verdade, pois em cada realidade a atitude tem um significado cultural e ajuda na eficácia.

Todas as formas de recurso terapêutico utilizado no cuidado estão permeadas por crenças e valores, sendo a fitoterapia um grande exemplo, já que é usada quando faz parte dos

fatores culturais e é difícil de ser remetida para outra cultura, que nunca teve hábito de utilizá-la (Akerle, 1988).

É interessante que, mesmo quando nos voltamos para uma mesma comunidade, ao visitarmos alguns lares, nos surpreendemos com algumas diferenças nos modos de cuidar de seus familiares, deixando explícito que somos continuamente influenciados pelo meio em que vivemos, pela forma de ser, pensar e agir.

2.3- A Família e a Influência da Cultura nos Cuidados

Definir família, nos dias de hoje, tornou-se um verdadeiro desafio para todos os estudiosos, que trabalham diretamente com o assunto. Com a evolução dos meios de comunicação, das tecnologias, da liberdade sexual, muitos comportamentos e formas de família, antes tidos como repulsivos ou anormais, atualmente estão sendo considerados como parte da realidade humana. Estas variações familiares tornam cada vez mais complexa a atuação da equipe de saúde frente às necessidades que surgem. Logicamente os familiares conseguem perceber alterações físicas ou psicológicas, que poderiam passar despercebidas entre os integrantes da equipe de saúde, por isso é imprescindível a interação entre os profissionais e os integrantes da família (Turner apud Elsen, 1984).

Reverendo a literatura, vemos que o termo família origina-se do latim “fâmulo”, que significa: conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Entre os chamados dependentes inclui-se a esposa e os filhos. É interessante dizer que assim era composta a família greco-romana (Prado, 1995). E a família, a instituição mais “sólida” desde os princípios da era cristã, reforçada em sua antiga forma patriarcal, pelas religiões ocidentais, conheceu desde

então as grandes transformações, que até hoje não conquistaram unanimidade similar, ao daquele tipo de sociedade repressiva e autoritária de então nos séculos XVIII-XIX (Prado, 1995).

No dicionário de ciências sociais, família é uma instituição social básica, que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas. Descartadas as diferenças sociais e culturais, dá-se o nome de família a um grupo caracterizado pela residência em comum e pelo convívio de pais e filhos, isolados ou não dos demais parentes. Através dos tempos, a família parece ter desempenhado diversas funções, ora perdendo algumas, ora acrescentando outras. Destas, as mais importantes e permanentes parecem ser a reprodução da espécie, a criação e a socialização do patrimônio cultural (Silva, 1987). No dicionário de língua portuguesa é uma comunidade formada por um homem e uma mulher, unidos por laços matrimoniais ou não, e pelos filhos nascidos desse casamento, portanto fundados na consanguinidade e por filhos admitidos por adoção (Ferreira apud Prado, 1995).

Como primeira unidade da cultura humana, da sociedade em que vivemos e a mais incessante na saúde de seus membros, a família para existir necessita estar estruturada (Hoebel e Frost 1976; Cartana apud Silva, 1996), a fim de que ocorra a transmissão de conhecimentos e a constituição de subsistemas e suas formas de cuidados que garantam a perpetuação da humanidade. Justificando assim a importância de ser conhecida e compreendida nas suas nuances culturais.

Quando o sistema familiar necessita prestar cuidado a um dos seus indivíduos, o faz porque necessita estar coeso para melhor enfrentar a vida e suas adversidades. A correlação entre os membros da família, seja por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade, faz com que o cuidado ocorra de forma natural, dentro de parâmetros estabelecidos

no ambiente familiar, tendo uma identidade própria, possuindo e transmitindo crenças e valores permeados pela cultura e nível sócio-econômico (Elsen, 1994).

Sendo a família uma unidade básica da organização social, ou seja o pilar de formação dos indivíduos, é necessário considerar os indivíduos pertencentes a uma mesma família conjuntamente e não apenas isoladamente, já que o contexto, as influências do meio social, as relações afetivas entre as pessoas, o ambiente físico em que os indivíduos vivem são importantíssimos para manutenção do bem estar (Nogueira, 1983).

A família é transmissora de formas de pensamento, visões de mundo, visão de certo e errado, dos cuidados populares de saúde, opção religiosa e até mesmo, em algumas vezes, da posição política. E educar um ser humano é bastante complexo, mas sem sombra de dúvidas a família é a principal fonte de aprendizado e transmissão de cultura.

Durvall (1977) reitera que a família precisa cumprir suas funções, a fim de suprir as necessidades de seus membros para sobreviver e dar uma contribuição para a sociedade, sendo que sua forma de estruturação é determinada pelos aspectos culturais de cada sociedade em particular, como valores, tradições e perspectiva histórica.

Guimarães (1994) fala sobre a missão importante da família, que é a educação de seus filhos, sendo o lar um local onde poderão encontrar sentido às suas vidas, para tornarem-se cidadãos.

Não se pode esquecer, entretanto, que além da responsabilidade da família, existe a da estrutura social do país, portanto não é correto jogar todos os fracassos de uma pessoa na estrutura familiar, já que a estrutura sócio-econômica praticamente define a vida de uma pessoa. Gomes (1996) constatou que existe um modelo de família, que não condiz com nossa realidade, que é o modelo da burguesia, com o pai, mãe e filhos, com esta ordem hierárquica e divisão

sexual do trabalho. A autora constatou também que, para as famílias estudadas estar fora deste modelo, era sinal de incompetência.

Outros autores como Boehs (1994) e Patrício (1990) confirmam que a instituição familiar é fundamental à sobrevivência humana através das várias formas de cuidado, sendo influenciada pela cultura, estrutura social e ambiente físico, também como sendo um sistema interpessoal formado por pessoas, que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, consangüinidade, ocorrendo dinamicamente durante todo processo de desenvolvimento.

Apesar da família apresentar aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo, de apoio e solidariedade, possui aspectos negativos, como a imposição normativa através de leis, usos e costumes, que implicam formas e finalidades rígidas. Isto não quer dizer que a instituição familiar perca sua importância social de promotora da sobrevivência humana (Prado, 1995).

Independente do tipo e da forma que é constituída a família, esta possui diversas funções na sociedade. Prado (1995) diz que a função de cada família depende em grande parte, da faixa que cada uma delas ocupa na organização social e na economia do país ao qual pertence. E mais, que algumas funções da família recebem apoio e interferência de instituições sociais, como a educação e a saúde, ou seja, continuamente as pessoas estão ligadas, propiciando a manutenção do sistema social em que vivem.

Com o interesse de desenvolver um estudo, permeado pelas temáticas família, cultura e fitoterapia, tornou-se necessário optar por um referencial teórico metodológico, que desse suporte ao desenvolvimento do estudo, sendo descrito a seguir.

3- REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1- A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger

Na disciplina Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Assistência de Enfermagem, do Curso de Mestrado Expandido Repensul - Polo I / UFPR, foi feito um relato das linhas teóricas existentes na Enfermagem, desde Nigthingale até as teoristas dos dias atuais, o que permitiu conhecê-las e escolher, com segurança, uma teoria para aplicação na prática assistencial. Foi aí que optei pela Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado de Leininger, por entender que esta é a que mais se assemelha à minha visão de mundo, ao meu modo de ser e também por se adequar à área temática escolhida para o estudo.

3.1.1- Histórico e Conceitos

As primeiras idéias da teoria criada por Leininger surgiram durante o trabalho, como especialista em saúde mental, em uma casa de orientação de crianças. Ela observou que as crianças possuíam diferenças na maneira como elas queriam ser cuidadas ao comerem, vestirem-se, brincarem, dormirem, maneiras diferentes de agir, de comunicar, correspondendo a comportamentos padronizados e repetidos. A partir de então, Leininger iniciou uma longa busca para explicar tais expressões e formular teorias sobre a enfermagem como um fenômeno essencialmente cultural. Começou a explorar como as crenças, valores e práticas podiam ser um fator crítico, levando gradualmente a problemas de saúde, seja físico ou mental. Portanto as enfermeiras só poderiam cuidar, se elas compreendessem os valores e crenças culturais da pessoas. A idéia das diferenças e semelhanças transculturais, quanto à saúde, doença e cuidado, intrigaram Leininger, levando-a a buscar respostas sobre o que as enfermeiras poderiam aprender em relação ao cuidado humanizado, saúde e doença.

Para aprofundar seus conhecimentos e compreender melhor os fenômenos observados, Leininger foi estudar os Gadsups, dos Planaltos Orientais da Nova Guiné. Aprendeu que estes tinham significações e idéias sobre cuidado, saúde e doença, bastante diferentes do que tinha aprendido na educação em enfermagem americana. Os Gadsups consideravam que o cuidado estava intimamente relacionado a fatores econômicos, políticos, religiosos e de parentesco.

A partir daí, iniciou a construção de uma teoria cujo propósito é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano. Propõe ainda usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo. Na realidade, o objetivo é conhecer a natureza da enfermagem, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem, que tem funções culturais universais e específicas, sendo uma teoria testável pelos métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos.

Para o desenvolvimento do projeto, foi necessário utilizar como suporte teórico o **enfermagem, família** (este último, apesar de não estar explicitamente definido, foi baseado em **terapias**) e **fitoterapia** que não é definido por esta teórica, devido ser um conceito específico.

Dar a importância devida aos valores, crenças e modo de vida do cliente/comunidade, torna-se necessário para o desenvolvimento de qualquer trabalho que dependa de adesão. Tanto o enfermeiro quanto o cliente, a quem ele está prestando o cuidado, possuem toda uma identidade cultural, ou seja, ela faz parte de todo ser humano. Portanto, não se pode expropriar uma pessoa /comunidade de suas crenças e valores, como se fossem algo descartável e impor novos modos de vida; é preciso compreender o contexto cultural, para que

possa haver participação efetiva de ambas as partes no desenvolvimento de ações que favoreçam o bem estar.

Estes valores transmitidos, crenças, normas e modo de vida de um grupo particular que direcionam os pensamentos, discussões e ações em padrões ou modelos de comunicação, aprendidos e compartilhados, são denominados de **cultura** (Leininger, 1991).

Segundo Leininger (1984), um número demasiado de profissionais desvalorizam o conhecimento popular, classificando-o como superstição, primitivo ou não científico. A autora menciona que o cuidado popular de saúde e o cuidado profissional podem se completar, fazendo a acomodação cultural, que significa o uso de práticas profissionais, juntamente com práticas populares, que são denominadas por ela como **cuidado cultural**. Este refere-se ao subjetivo e/ou objetivo apreendido, transmitido de valores, crenças e modos de vida que assistem, facilitam ou tornam apto outro indivíduo ou grupo a manter o bem estar / saúde, para melhorar as condições humanas e modo de vida ou enfrentar a morte e as deficiências.

Cuidado cultural é amplamente holístico para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do cuidado de enfermagem e guiar sua prática. Sendo constituído por conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidar que são diferentes (diversidade) e similares (também comuns ou universais), entre todas as culturas do mundo. Portanto, cada cultura humana tem conhecimento genérico de cuidado (leigo, popular ou indígena) e prática, e utilizam conhecimento de cuidado profissional e práticas que variam transculturalmente. Assim o cuidado cultural é representado por valores, crenças e práticas que são influenciadas e tendem a estar embutidas na visão de mundo, linguagem, religião (ou espiritual), relações de parentesco (ou social), político (ou legal), educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de uma cultura particular.

Os conhecimentos de uma determinada cultura são de grande importância e devem ser ponto de partida para um cuidado amplo de Enfermagem e também servir como uma forma de aproximação da enfermeira/ cliente e/ou comunidade. Para que a enfermeira possa atuar, juntamente com o sistema popular de saúde, é necessário a compreensão do contexto cultural, que pode ser alcançado através do suporte da teoria transcultural de Leininger, para evitarmos conflitos, estresse e choque cultural, já que esta teoria nos faz compreender o ser humano como ele é, com sua própria visão de mundo, tentando dar um cuidado, a partir dos valores do cliente e/ou comunidade, fazendo com que estes tenham a oportunidade de serem atores de seu próprio bem estar.

Leininger (1991) fala que a enfermagem é essencialmente um fenômeno transcultural, que envolve o contexto e o processo de cuidado ao ser humano, de diferentes orientações culturais ou estilos de vida específicos, dentro de uma determinada cultura. É uma disciplina humanística e científica, uma disciplina que focaliza o fenômeno do cuidado humano e as atividades ou condições para assistir, dar suporte, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos para manter ou recuperar seu bem estar (ou saúde), em maneiras culturalmente significativas e de modo benéfico, ou para ajudar as pessoas diante das dificuldades ou na morte.

O cuidado de enfermagem, para ser culturalmente congruente, somente pode ocorrer quando um indivíduo, grupo, família e comunidade tem reconhecidos os seus valores de cuidados culturais, expressões ou padrões, sendo conhecidos e usados apropriada e significativamente pela enfermeira. Diferenças e semelhanças de cuidado cultural, entre o profissional que presta o (s) cuidado (s) e o cliente (genérico) que o recebe, existem dentro da cultura humana mundial. E quando os clientes experienciam cuidados de enfermagem, que

falham em ser razoavelmente congruentes com as crenças, valores e modo de vida, mostram sinais de conflitos culturais, recusa, estresse ou preocupações éticas e morais.

Uma das formas para compreensão das crenças, valores e modo de vida de um determinado grupo, ocorre através da inserção no ambiente familiar, já que nele está contida a gama de informações que podem ajudar o profissional a prestar um cuidado profissional coerente com a realidade do grupo.

Apesar de Leininger não conceituar de forma explícita, a **família** está implícita na definição de estrutura social, sendo que as famílias estudadas caracterizaram-se por um grupo de pessoas unidas por laços sanguíneos, matrimoniais e ou afetivos, que possuíam interesses convergentes e/ou divergentes, eram influenciadas por normas, crenças, valores, ambiente, nível sócio-econômico, comportamentos transmitidos e compartilhados, que determinavam, na maioria das vezes, as ações e decisões dos membros participantes.

Existem muitas formas de cuidados populares utilizados pelas comunidades. Neste trabalho deteve-se a atenção mais precisamente na **fitoterapia**, por ser o foco central deste estudo e estar presente em muitos lares brasileiros. Todavia, consideramos que não é dada a devida importância para esta fatia de cuidado cultural, que para Landman (1989) é o emprego de plantas em variadas preparações (infusões, decocções, tinturas, macerações) e tem uma longa história ligada à cultura popular. É importante ressaltar que a designação do nome fitoterapia vem do sistema profissional de cuidado, já que para a população em geral é denominado de chá, remédio caseiro e outros.

Leininger ressalta que suas definições são formuladas, intencionalmente, de forma a não serem rígidas, apesar de “a priori” as variáveis serem relacionadas com cada definição.

Estas são usadas como um guia para, frequentemente, se estudar o conteúdo ou áreas relacionadas da teoria (Leininger,1991).

O cuidado cultural congruente habilita um indivíduo ou grupo com crenças, modo de vida e valores culturais institucionais para prover ou suportar significativamente, o cuidado de saúde para o bem estar. E as diferenças significativas de padrões, valores, modo de vida de cuidado humano e as semelhanças de símbolos que são manifestados entre muitas culturas são designadas respectivamente de diversidade e universalidade cultural do cuidado.

O modo com que as pessoas tendem a ver seu universo e o que existe ao seu redor, é a visão de mundo, respaldada pelo contexto ambiental e sua totalidade de eventos, situações ou experiências particulares, que dão significado para expressões humanas, interpretações e interações sociais, em particular ao ambiente físico, ecológico, sócio-político. As dimensões da estrutura social ou cultural são padrões dinâmicos, fatores de inter-relação estrutural e organizacionais, de uma cultura (subcultura ou sociedade e sua religião), do parentesco (social), do aspecto político (e legal), econômico, educacional, tecnológico, valores culturais, fatores etnohistóricos, que influenciam o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.

A autora também enfoca a Etnohistória, que trata dos fatos passados, eventos, instâncias, experiências individuais, grupais, culturais e institucionais que são primariamente centradas nas pessoas (etno) e que descrevem, explicam e interpretam o modo de vida em um particular contexto cultural, durante curto ou longo período de tempo.

3.1.2- Sistema de Cuidado de Saúde

Faz parte deste contexto o sistema de cuidado genérico (popular ou leigo), que se refere ao culturalmente aprendido e transmitido, indígena (ou tradicional), popular de

conhecimento e uso de habilidades para prover, assistir, dar suporte, habilitar ou facilitar ações do indivíduo ou grupo, com evidente necessidade, com a finalidade de melhorar ou aperfeiçoar o modo de vida humana e suas condições de saúde ou para tratar deficiências e situações de morte. Já o sistema de cuidado profissional (etic) é o formalmente ensinado, aprendido e transmitido sobre saúde, doença e bem estar. É o conhecimento relatado, a habilidade prática, que prevalece nas instituições profissionais, que se caracterizam usualmente pela multidisciplinariedade, para servir o indivíduo.

Leininger (1985) considera que há inúmeros contrastes entre os dois sistemas. O quadro a seguir apresenta os contrastes -apontados por Leininger (1985)- entre o sistema de cuidado popular e o sistema de cuidado profissional.

QUADRO 1 -CONTRASTES ENTRE O CUIDADO DE SAÚDE POPULAR E O PROFISSIONAL.

CUIDADO DE SAÚDE POPULAR	CUIDADO DE SAÚDE PROFISSIONAL
1) Primariamente um foco humanístico.	1) Primariamente um foco científico.
2) Ênfase sobre fatos familiares, práticos econômicos e sociais.	2) Ênfase sobre os fatos não familiares, menos práticos e abstratos.
3) Usa um foco saúde-doença, holístico junto às pessoas. Isto é, cultural, religioso, parentesco, econômico e social.	3) Usa sua abordagem fragmentada parcialmente holística.
4) O foco é principalmente cuidar.	4) O foco é primariamente curar com alguns cuidados.
5) Usa o cuidado familiar local e auxiliares de cura.	5) Usa ministradores de cuidado, não familiares.
6) Usa recursos culturais e comunitários diversos para auxiliar clientes em ambientes caseiros e comunitários.	6) Usa recursos limitadores, médico hospitalares.
7) Ênfase sobre maneiras de permanecer bem através de modos locais.	7) Ênfase sobre a maneira de ser curado com valores profissionais.
8) Ênfase sobre o grupo, família, comunidade, nos processos de cura.	8) Ênfase ao indivíduo nas práticas de cura.
9) Usa explicações diversas para interpretar a boa saúde e a doença.	9) Usa uma causa para explicar doenças e práticas.

Fonte: Leininger, 1985.

O cuidado é uma atividade específica, que está ligado ao Etic (cuidado profissional) ou não específica, ligado ao Emic (cuidado popular) e tem por finalidade suprir as necessidades do homem, propiciando formas que facilitem sua recuperação e seu crescimento (Leininger,1991).

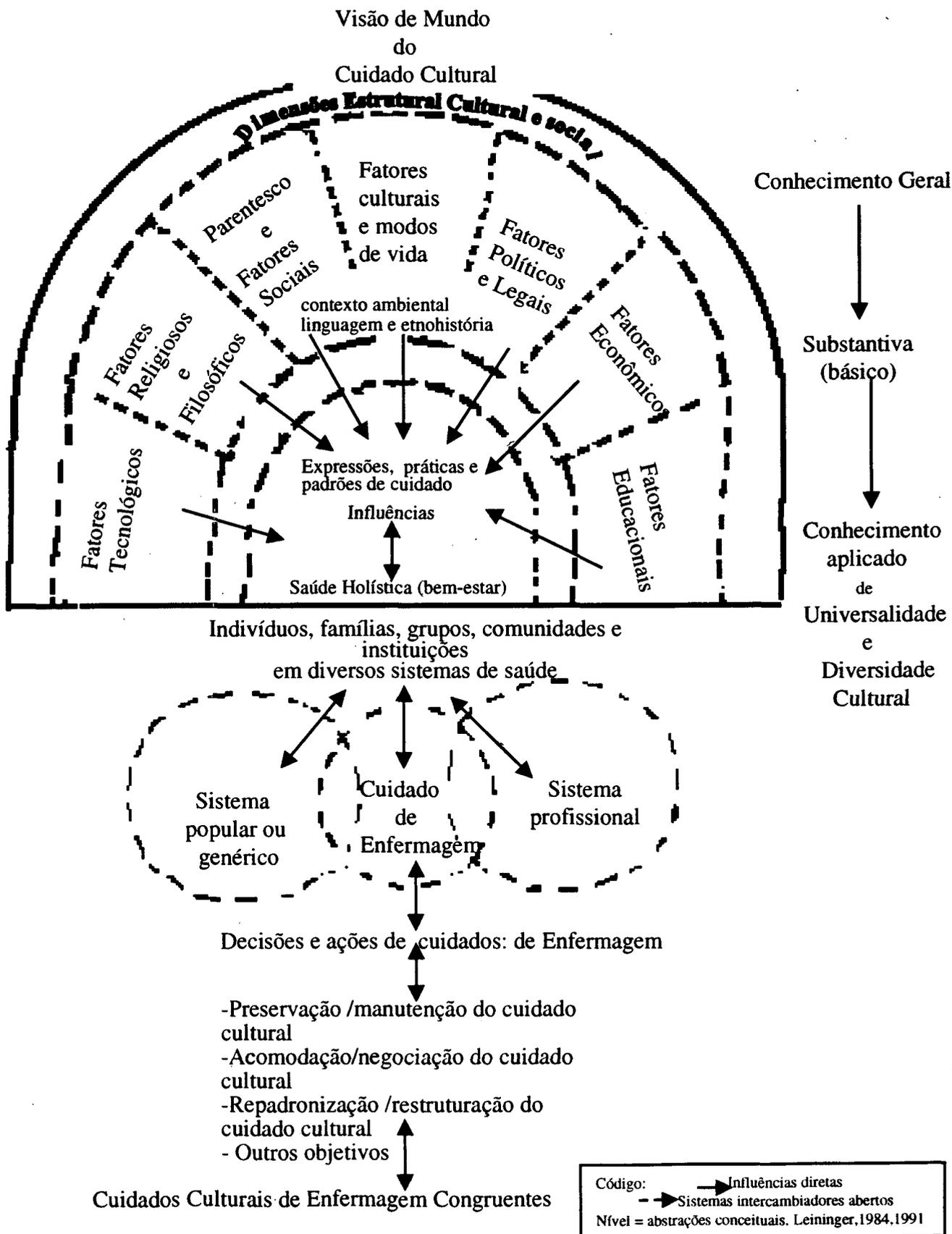
As ações ou decisões de uma pessoa estão referendadas no valor cultural que esta possui. Por mais que ela entre em contato com outra cultura, suas ações ainda serão dirigidas pela sua identidade cultural, mas estas ações poderão variar para melhorar ou amenizar a condição de vida do homem, ou seja criar um intercâmbio entre os indivíduos (Leininger,1991).

Considerando a importância da cultura na manutenção do bem estar, Leininger criou três formas de atuação da enfermeira no cuidado cultural e que são os principais elementos, níveis de abstração e métodos de estudo do cuidado, sob uma perspectiva global, compreensiva,

que são a **Preservação e Manutenção**, a **Acomodação e Negociação** e a **Repadronização** ou a **Reestruturação** do cuidado cultural, descritos a seguir nas discussões dos dados.

Para melhor visualização da teoria e sua operacionalização Leininger criou um modelo denominado “sol nascente”, apresentado na seqüência.

FIGURA 1 - MODELO CONCEITUAL E TEÓRICO "SOL NASCENTE" DE LEININGER PARA A UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO TRANSCULTURAL.



3.1.3- Modelo do “Sol Nascente”

A autora usa o modelo do “sol nascente” com a finalidade de reter um total “Gestalt” de diversas influências e descrever e explorar os cuidados com a saúde e bem estar. As dimensões e influências dos cuidados culturais não são vistas isoladamente, fragmentadas ou como partes não relacionadas, não pretendendo ter uma perspectiva de estrutura social rígida e nem uma lógica positivista (Leininger, 1991).

Quando o pesquisador tiver obtido os dados das várias dimensões do modelo e tiver dedicado atenção total para a estrutura geral da teoria, com intuito de descobertas de dados, ele terá resultados muito ricos, numerosos, densos e saturados, com muitas idéias importantes sobre cuidado cultural e sua articulação com a saúde e o bem estar. Esses dados auxiliarão e darão confiança nas decisões e ações do pesquisador em relação aos três modos previamente nominados: preservação ou manutenção, acomodação ou negociação e repadronização ou reestruturação do cuidado cultural como uma importante parte da teoria (Leininger, 1991).

Neste modelo estão dispostos os diversos níveis de abstração e análise do cuidado: macro, médio e micro, que se referem à abrangência do estudo do cuidado. Estes níveis de abstração e análise do cuidado referem-se à abrangência do estudo respondendo o nível I ao de maior abstração e o nível IV ao de menor, como está demonstrado na figura 1.

O nível I engloba o sistema social e a percepção do mundo sob três perspectivas: micro, média e o macro.

O nível II abrange o cuidado e a saúde, e incluem os indivíduos, famílias e culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e de suas expressões.

O nível III inclui os sistemas profissional e popular, na busca de características e aspectos específicos de cada sistema, com a finalidade de serem determinadas as áreas de semelhança e diferença.

O nível IV é utilizado para que seja desenvolvido um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas e por estas valorizado.

3.1.4- Método de Etnoenfermagem

Foi utilizado para implementação da proposta de trabalho, o método de etnoenfermagem proposto por Leininger. Este tem como propósito central estabelecer um método de descoberta naturalística e largamente popular para explicar e estudar os fenômenos de enfermagem, especialmente relacionados à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. O método foi planejado para obter dimensões desconhecidas, complexas, de difícil compreensão da enfermagem, sob o ponto de vista da população local, tais como cuidado humano, bem estar, saúde e as influências ambientais sobre os mesmos (Leininger,1991).

Portanto o método objetiva o apreender com as pessoas por meio de seus olhos, ouvidos e experiências ou modo de vida dos seus familiares. O método requer observação direta, participação em experiências, reflexões e volta para reconfirmações com os informantes para entender o que foi observado, ouvido ou vivido (Leininger,1991). E para que ocorra este processo, Leininger desenvolveu um “guia habilitador”, com a finalidade de capacitar, facilitar e explicar o fenômeno do cuidado de enfermagem. O referido pode ser melhor visualizado no quadro 2, onde verificamos as quatro fases do método, sendo que uma delas focaliza, primariamente, uma etapa de sua aplicação. Estas fases estão descritas na discussão dos dados.

QUADRO 2- ETAPAS DO MÉTODO

Fase 1	2	3	4
Primariamente observação e escutar ativo (não participação ativa)	primariamente observação com limitada participação	primariamente participação com observação continuada	primariamente reflexões e reconfirmações de descobertas com os informantes

Fonte: (Leininger, 1991)

Este modelo foi desenvolvido no início de 1960, para capacitar, ajudar, guiar, estudantes e para estudar seus modos de vida com relação ao fenômeno cuidado de enfermagem, em um sistema. Sendo um modelo derivado da tradicional “observação-participante”, usada na antropologia, foi modificado em vários aspectos e com acréscimo do foco de “reflexão” para se ajustar à filosofia em etnoenfermagem.

Com o modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão), se espera que o pesquisador dedique um período de tempo à observação, antes de tomar-se um participante ativo. Este processo “resseqüenciado” teve uma importante finalidade, já que permite ao enfermeiro um conhecimento da situação ou contexto, antes de ser um participante por inteiro. A fase de reflexão e reconfirmação foi adicionada por Leininger, para prover as pessoas de dados essenciais e importantes. Desta maneira, estas quatro fases são melhores que as duas fases que compõe a tradicional “observação-participante” da antropologia, porque foram especialmente desenvolvidas e conceitualizadas para ajustar-se ao trabalho cotidiano das enfermeiras.

Baseado no quadro dois, foi criado um guia para operacionalização das atividades desenvolvidas durante este estudo, contemplando tanto a etapa vivenciada na Unidade de Saúde, quanto a do ambiente familiar, representado no quadro seguinte (quadro 3).

Posteriormente são demonstrados os critérios de escolha dos informantes, bem como a forma de registro e análise dos dados.

QUADRO 3 - GUIA QUE OPERACIONALIZOU AS ATIVIDADES

Observação	observação com alguma participação	participação com observação continuada	reflexão e reconfirmações
<ul style="list-style-type: none"> -Observar o interesse da comunidade no uso de fitoterápicos. -Observar o contexto da Unidade Básica de Saúde -Observar a relação de convivência da comunidade com U.B.S. -Observar o contexto onde vive a família (fatores econômicos, políticos, tecnológicos). -Iniciar a identificação de elementos da cultura e fatores estruturais (parentesco, religião, educacionais, etc..). -Observar expressões, práticas e padrões de cuidado com fitoterápicos e suas influências. -Registro de dados vistos, ouvidos, e vividos. 	<ul style="list-style-type: none"> -reunir com o Conselho Local de Saúde. -reunir com os funcionários do local. - ver a forma como é feita a dispensação dos fitoterápicos. -focar os cuidados em fitoterapia. -intensificar a observação e conversas e entrevistas com alguma participação no cotidiano da família. -continuar a observação e entrevistas. -continuar a observação e entrevistas. 	<ul style="list-style-type: none"> -dispensar fitoterápicos. -acompanhar visita domiciliar. -envolver nos cuidados com fitoterapia e outros. -observar, interações de forma direta ou indireta o modo de cuidar. - preservar, acomodar e repadronizar cuidados em fitoterapia. -preservar, acomodar e repadronizar cuidados em fitoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> -negociar o desenvolvimento do estudo no domicílio. -verificar os efeitos produzidos na família -verificar os efeitos produzidos na família -reconfirmar o tipo de uso executados pela família . -verificar os efeitos produzidos na família -reconfirmar os dados

Obs.: Este quadro não é rígido, pelo contrário, ele serviu apenas para direcionar os pontos observados no campo.

3.2- Aplicando a Metodologia

3.2.1- Local do Estudo e Informantes

Este estudo foi realizado em dois momentos. O primeiro ocorreu no sistema profissional de cuidado, mais precisamente na farmácia de dispensação de fitoterápicos da Unidade Básica de Saúde, com usuários que procuravam o recurso, e o segundo na domicílio das famílias selecionadas.

Selecionei quatro famílias, segundo os seguintes critérios: matriculadas na Unidade Básica de Saúde Vila Clarice no bairro Novo Mundo, residentes no bairro, utilizassem fitoterapia e concordassem em participar do estudo, assinando o termo de aceite (anexo1). Garanti a anonimidade das famílias, que receberam nomes de plantas usadas como fitoterápicos (Babosa, Malva, Macela e Salvia).

Inicialmente fui à Secretaria Municipal de Saúde, a fim de buscar informações sobre o programa de fitoterapia, no município de Curitiba. Coincidentemente, a responsável por este setor era uma enfermeira. Esta me repassou todo o material necessário para que eu pudesse obter as informações desejadas.

Dentre as informações, procurei fazer um levantamento das Unidades Básicas que tinham, em seu quadro de atuação, o programa de fitoterapia. Verifiquei que das noventa unidades existentes, trinta tinham implantado oficialmente o programa.

Como haviam muitas unidades com o programa de fitoterapia implantado, solicitei a indicação de algumas unidades, para que eu pudesse conhecer como se dava o funcionamento. Em 16 de dezembro de 1996 visitei a primeira Unidade de Saúde. Cheguei em um horário, em que não havia muito movimento, pedi para conversar com a enfermeira, esta não estava, tinha ido para uma reunião. A pessoa que estava disponível, naquele momento, era uma auxiliar de

enfermagem, esta disse que eu deveria ir outro dia, então perguntei que dia e horário eu poderia conversar com alguém que pudesse responder como funciona a fitoterapia naquela unidade, ela disse que deveria ir à tarde, do dia 18 de dezembro. Fui e novamente não consegui falar com alguém que pudesse mostrar-me como funcionava a fitoterapia naquela Unidade. Na semana seguinte visitei a segunda Unidade, onde encontrei um bom trabalho no campo da fitoterapia. Conversei bastante tempo com o profissional (assistente social e fitoterapeuta) e marcamos um novo encontro após as festas do fim de ano.

Chegando o ano seguinte (1997), procurei novamente o mesmo profissional, sendo que não o encontrei, já que o mesmo havia sido transferido para outra unidade e o programa de fitoterapia estava abandonado, a pessoa (auxiliar de enfermagem), que me deu informações sobre ele, falou com pesar de sua transferência e o outro profissional que estava próximo disse “aqui só quem trabalhava com fitoterapia era ele”.

Fui conhecer também a Casa Três, que presta assistência à saúde aos alunos e funcionários da Universidade e também indica e distribui fitoterápicos, porém não senti que aquele seria um local ideal para que eu pudesse desenvolver meu trabalho, já que não teria contato com a família, e sim com o indivíduo isolado.

Entrei em contato novamente com a coordenação do programa de fitoterapia da Secretaria de Saúde, que para minha surpresa havia mudado, não era mais a enfermeira que estava no cargo, era outro profissional. Lá me foi sugerido mais duas Unidades de Saúde. Entrei em contato com a autoridade local (enfermeira) da terceira Unidade, onde foi marcado dia e horário para conversar sobre a Programa de Fitoterapia desenvolvido naquele local. No dia estipulado fui ao encontro, a mesma atendeu-me de forma muito impessoal e rapidamente, porque tinha outros compromissos. Após ter conversado ligeiramente comigo, ela chamou

alguns integrantes da equipe de enfermagem e delegou a uma auxiliar de enfermagem para mostrar-me o local e também o viveiro, que estava muito bem cuidado por um jardineiro que era responsável pelo mesmo e conhecia muito sobre as plantas utilizadas pela população e até fazia indicação para as pessoas, com muita convicção do que estava fazendo, dando uma verdadeira aula sobre plantas e seus usos.

Finalmente fui à quarta Unidade de Saúde, onde fui recepcionada pela autoridade local (enfermeira). Ela se dispôs a mostrar-me o trabalho da Unidade e sua realidade. Após todo este caminhar, decidi realizar minha prática assistencial nesta última unidade, já que houve uma boa recepção e o interesse da autoridade local para o desenvolvimento do trabalho.

Durante o desenvolvimento do estudo busquei também, conhecer outras experiências de trabalho com fitoterápicos, como o desenvolvido pela comunidade do bairro Saco Grade II, da cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

3.2.2- Registros dos Dados

Fiz anotações sob forma de “notas de campo” e algumas vezes, após o pedido de autorização e sendo esta confirmada, utilizei o recurso do gravador para entrevistas.

Ao longo das visitas os assuntos se aprofundavam e tive oportunidade de conhecer melhor o cotidiano de cada família e o papel dos fitoterápicos neste contexto. Após o registro dos dados, fiz visitas de retorno para reconfirmações dos mesmos.

3.2.2.1- Notas de Campo da Enfermeira

Este instrumento apresentado no anexo 2, contém duas partes, uma para registro das atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde, bem como os contatos com a clientela e

família para agendamento das visitas e entrevistas e outra para reflexões e impressões da pesquisadora.

3.2.1.3-Roteiro de Entrevista e Avaliação dos Padrões Culturais

Esse Instrumento serviu como um suporte para a coleta de dados no contexto familiar, já que nele estão os principais pontos explorados durante a observação, participação e, reflexão proposto pela teoria de Leininger (anexo 3).

3.2.3-Análise dos Dados

Para análise dos dados fiz primeiramente leituras sucessivas e, posteriormente, criei codificações para facilitar a formulação de um conjunto de categorias, sendo estas codificações baseadas no roteiro de entrevista adaptado de Leininger, 1991. Em seguida fiz a interpretação dos dados, bem como o aprofundamento e reflexões sobre os temas surgidos, demonstrado no anexo 4 e 5.

Na sequência eu relato a trajetória percorrida neste estudo, os momentos vivenciados na Unidade Básica de Saúde e no domicílio.

4- TRAJETÓRIA VIVIDA

Iniciei o estudo em abril de 1997, tendo como opção, o trabalho com famílias que referissem, como um dos cuidados culturais, o uso de fitoterápicos para manutenção da saúde.

Utilizei para o desenvolvimento do estudo o modelo proposto por Madeleine Leininger (1991), da Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), para facilitar o entendimento do contexto cultural escolhido.

Fase 1 Primariamente Observação e Escutar Ativo



Nesta fase de acordo com Leininger (1991), fico atenta para os acontecimentos que estão ocorrendo, ouço com atenção e me controlo para não ocorrer participação ativa. Então obtenho, com maior precisão, uma visão ampla da situação.

Na Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde Vila Clarice funciona quatorze horas por dia, das seis às vinte horas. Possui apenas uma enfermeira que se desdobra para desenvolver as atividades administrativas e as de cuidado direto ao cliente. Nesta visita, chamou-me atenção o bom relacionamento entre a equipe da unidade e os usuários. Fazem parte da equipe, além da enfermeira, o médico, o dentista, a auxiliar de enfermagem, o técnico de higiene bucal, o agente administrativo e o pessoal da limpeza.

É um posto pequeno, com uma manutenção de limpeza muito boa, dispondo de um balcão de recepção, onde ficam duas auxiliares de enfermagem, que tem a responsabilidade de cadastrar os novos usuários e encaminhar ao atendimento àqueles que já tem a consulta

marcada. A estrutura física desta Unidade é composta de uma sala de espera com três bancos onde as pessoas aguardam serem atendidas; duas salas para consulta médica pediátrica; duas de clínica geral; sala de vacina; sala de pré- consulta; uma para preventivo de câncer uterino; o consultório odontológico disposto com quatro cadeiras, duas para tratamento dentário e duas para o técnico de higiene bucal; farmácia com fitoterápicos e alopáticos; sala de nebulização; sala de curativos; sala de administração, com dois computadores, um telefone, máquina de datilografia, armário e uma estante com arquivos. Possui copa, onde os funcionários fazem sua refeição, já que o almoço é fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. A farmácia de dispensação de materiais, medicamentos e fitoterápicos é um local pequeno, com teto alto e possui dois compartimentos, em um fica o estoque do material de expediente e o no outro com materiais e medicamentos para distribuição. Tanto a sala de estoque, quanto a de dispensação possuem prateleiras, sendo uma exclusiva para fitoterápicos; possui também uma mesa pequena e uma cadeira. Todo o material ou medicamento tem um código (numeração própria para facilitar o controle de entrada e saída do amoxarifado).

Como havia decidido desenvolver meu trabalho de prática assistencial vinculada à Unidade Básica de Saúde Vila Clarice, retornei e comuniquei à enfermeira minha decisão e pedi sua colaboração. Ela referiu ter ficado muito lisonjeada pela minha escolha e tratou de marcar um dia para que eu apresentasse meu trabalho para a equipe que lá trabalhava. Em seguida levou-me à farmácia “viva” (situada em pequeno jardim) ao lado da Unidade e contou-me da dificuldade de mantê-la, já que não havia ninguém disponível para cuidar das plantas, disse que já tinha tentado arranjar uma pessoa da comunidade, mas não conseguiu por que era um trabalho voluntário, já que a prefeitura não remunerava esta atividade. Fomos posteriormente até a farmácia, onde foram mostradas as plantas já embaladas, que são distribuídas à

comunidade, explicando que os funcionários são instruídos a perguntar se a pessoa sabe utilizar a planta, e se for o caso dar as devidas orientações sobre o modo de uso, a dose, indicações .

Neste período, também participei de reuniões no conselho local, passeios com o grupo de idosos, confraternização na Unidade de Saúde.

Na casa das famílias

Selecionei quatro famílias de um bairro de Curitiba, matriculadas na Unidade de Saúde Vila Clarice. Estas famílias, após prévia autorização para a entrada em seus domicílios, receberam de seis a dez visitas, durante e após o desenvolvimento do projeto. No início do trabalho expliquei o objetivo daquelas visitas, bem como assegurei a liberdade de participar ou não do mesmo, além de garantir a anonicidade, sendo respaldado com o termo de consentimento demonstrado em anexo 1. Estas famílias tinham em comum o uso do cuidado cultural através de fitoterápicos. O bairro, onde moram as famílias selecionadas, possui cerca de dezoito mil habitantes, com várias ruas sem asfalto, é cortado por um canal, tem igrejas, escolas, associações, oficina mecânica, mercados e padarias.

Como não pretendia trabalhar com todo o grupo familiar, ao mesmo tempo, o participante imprescindível era aquele que tinha o papel de cuidador bem definido no ambiente familiar, sendo o informante chave deste estudo. Procurei observar a “movimentação espontânea” daquele que integra o contexto, ou seja não interferir no cotidiano.

O convívio com a família, mais especificamente com o informante chave, ocorreu durante as tardes, com exceção de uma que trabalhava no período vespertino. Vivenciei o cotidiano destas famílias, assistindo alguns problemas familiares como: doença, econômico, de relacionamento.

FASE 2 Primariamente Observação com Limitada Participação

Faço neste momento uma observação minuciosa, tendo em vista a participação de forma limitada, mais restrita.

Continuava freqüentando a Unidade de Saúde e as casas das famílias. Em geral as visitas ao domicílio ocorriam no início da tarde até o início da noite, com exceção de uma casa, onde ficava apenas das nove horas da manhã até meio dia, quando a informante-chave começava a preparar-se para ir ao trabalho.

Na Unidade de Saúde

Após um período de convivência na Unidade, já havia conhecido os principais líderes da comunidade e alguns destes interessaram-se no meu estudo. Pedi então que os funcionários indicassem pessoas que utilizavam fitoterápicos para que eu pudesse convidar para participar do estudo. De posse do endereço entrei em contato com a primeira pessoa mencionada. Ela não encontrava-se em casa, mas me disseram para deixar meu nome que depois entrariam em contato com a enfermeira da unidade e posteriormente me dariam uma resposta. Conversei com outra senhora: ela disse que falaria com a enfermeira e comunicaria sua resposta. Esperei alguns dias e eles (as) não entraram em contato com a enfermeira e nem comigo. Tentei com outras pessoas e a recepção foi a mesma.

Percebi, pelo posicionamento das pessoas com quem contatei, que elas tinham muita confiança nos profissionais da unidade e que não adiantava eu tentar entrar em seu ambiente familiar antes de ser reconhecida como uma amiga, já que a comunidade não tinha referência sobre minha pessoa, pois eu não fazia parte da equipe da unidade.

Leininger (1985) menciona que, quando uma pessoa estranha entra em uma comunidade ou instituição, existe um cenário que poderíamos chamar de palco e outro atrás do palco. O palco tem muitas fachadas protetoras, isto é, caracterizado por condutas tais como, estratégias protetoras, desconfiança do pesquisador e em geral ambivalência em revelar ou não suas verdades para o estranho. Enfermeiras e outros pesquisadores são estranhos até provarem o contrário. Para certos tipos de estudos, é necessário tempo e paciência. Com tempo e respeito o pesquisador pode obter a confiança. Alguns pesquisadores são testados um bom tempo antes de serem aceitos pelas pessoas. Entrar no **mundo real** dos informantes não é uma tarefa pequena e fácil.

A mesma autora afirma que o trabalho de campo implica, de certa forma, uma invasão da privacidade familiar, o qual requer minimizar estes efeitos. Não há regras para a entrada no campo, a não ser a de respeitar a vontade dos informantes. É necessário selecionar uma apropriada comunidade ou local e também um acurado conhecimento da cultura. Isso foi tentado quando da dispensação de fitoterápicos na Unidade Básica de Saúde. Um fator a ser considerado, também importante, é a hora de entrada, pois muitas vezes os informantes, no momento, tem outras preocupações e não estão receptivos, por isso é necessário ser o menos inconveniente possível. E pesquisas sobre história das comunidades mostram que algumas comunidades muito estudadas não percebem que eles se beneficiariam da pesquisa ou muitas vezes não vêem quais os benefícios que terão, se não tem aplicação imediata.

A inserção no ambiente de referência da comunidade foi necessário para que eu passasse de estranha para uma amiga, e fosse vista como alguém que se interessa pelo bem comum daquela comunidade. Portanto, adentrou-se na unidade com a aprovação dos profissionais da unidade, através da farmácia que continha os fitoterápicos.

Mesmo sabendo que, ao ficar na dispensação da farmácia não chegaria a desenvolver um aprofundamento no cuidado cultural do proposto por Leininger (1991), de preservar, acomodar e repadronizar o cuidado cultural, tentei ao máximo aproximar-me de um cuidado que fosse além ao de somente “fornecer os fitoterápicos”, mas procurar aproveitar esse contato ímpar com os sujeitos frequentadores daquela Unidade, dialogando na medida do possível e sugerindo mudanças na utilização de fitoterápicos quando necessário, preservando e valorizando os conhecimentos destes. Estas mudanças serão tratadas nos resultados.

Na casa das famílias

A primeira tentativa de entrada, no ambiente familiar, não foi bem sucedida. A informante chave arranhou um jeito de evitar, de várias formas, o encontro dizendo não ser possível naquele dia, não estando em casa no dia marcado. Sempre que entrava em contato, ela respondia de forma bastante indiferente:

“Vai demorar muito?, não tenho muito tempo.”

“Me liga antes de vir”

Após várias tentativas e o acontecido, pensei até em desistir do trabalho, surgiu um sentimento de impotência, insegurança e tristeza. Santos, (1995) ressalta o jeito atávico, desconfiado e ressabiado dos primeiros poloneses que chegaram em Curitiba, talvez esta característica tenha se mantido em alguns descendentes.

A Relutância

Quando abordados inicialmente, os informantes dialogavam normalmente, mas a qualquer indicação de que aquele diálogo se estenderia até a intimidade do lar, logicamente se fosse dada a autorização, os informantes encontravam formas de evadir-se, não permitindo assim, a entrada no ambiente familiar.

“Olha eu venho aqui tratar meus dentes e passo aqui para falar com você”.

“É para fazer pesquisa não é ?”

“Ah! eu entro em contato com você ou com a Enfermeira”

Quando a pessoa sente que um estranho quer conhecer seu espaço familiar, ela naturalmente se torna defensiva, como se estivesse protegendo suas crenças, valores, modos de vida, sua privacidade. Houve bastante resistência quando pedi para freqüentar a casa, talvez pelo medo de invasão do espaço, essa auto defesa que pareceu algumas vezes exagerada, parece ser uma característica das pessoas desta cidade, um povo desconfiado e difícil de se mostrar, cabendo assim, ter cuidado para não desrespeitar, talvez uma “característica cultural.”

Em relação à população curitibana, por sua descendência européia, o seu comportamento é bastante fechado e pouco receptivo. A sua formação é de poloneses, italianos, alemães. Bueno (1996) relata que desde as primeiras décadas do século XIX, já ocorria a entrada de imigrantes europeus no Paraná, povos que segundo Leininger, (1991) apresentam como características proteção e cautela contra estranhos.

Evaneshko (1985) também relata, em seu estudo, entradas estratégicas no campo, o seu medo de iniciar o trabalho com indianos diabéticos, sendo que essas pessoas não falavam inglês e que possuíam crenças e hábitos diferentes aos seus.

Após informado o problema à orientadora e lidos alguns artigos, superei o acontecido e o trabalho reiniciou. Primeiramente buscando na literatura respostas para o acontecido. Leininger, (1991) relata que é normal que algumas pessoas rejeitem o pesquisador por verem nesta figura um estranho, um intruso. Este aspecto é tão relevante que a autora elaborou um guia apresentado no quadro 3.

QUADRO 3 - GUIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS COMO AMIGAS OU ESTRANHAS

GUIA PARA IDENTIFICAR PESSOAS	
ESTRANHAS	AMIGAS
1- Ativas para proteger a si mesmo e outros. Eles estão em guarda contra intromissões de fora. 2- Ativamente observador e atento ao que o pesquisador faz e diz. Sinais limitados de confiança no pesquisador ou estrangeiro. 3- Cético sobre os motivos e o trabalho. Pode questionar como os achados serão usados pelo pesquisador estrangeiro. 4- relutante para dividir segredos culturais e vistos como conhecimento privado. 5- Inconquistável para tornar-se um amigo ou confidente de um estranho. Pode chegar tarde, faltar ou desviar-se muitas vezes do pesquisador.	1- Menos ativos para proteger a si mesmo. 2- Menos observadores das palavras e ações. Mais sinais de confiança e aceitação do novo amigo. 3- Maior confiança no entrevistador (barreiras diminuídas ou em baixa). Menos desconfiados e questionadores. 4- Menos observadores dos motivos, trabalho e conduta. Sinais de trabalhar com e ajudar o entrevistador como um amigo. 5- Entusiasmo. Inclinado para dividir segredos . Pronto para repassar informações e experiências do mundo privado. Oferece grandes visões do local, valores e interpretações espontaneamente ou sem indagações. 6- Sinais de estar confortável e amistoso e de uma relação compartilhada. Chega no horário e dá evidência de ser um amigo verdadeiro. 7- Deseja que a pesquisa seja confiável fornecendo dados acurados de crenças pessoais, valores e modos de vida. Explica e interpreta Emic (saber popular) para que o pesquisador tenha dados acurados.

Fonte: Leininger, 1991.

Durante algum tempo continuei freqüentando, todos os dias, a farmácia da Unidade de Saúde, fazendo orientações sobre fitoterápicos, que serão tratadas na seqüência, outras terapêuticas e cuidados.

Outras famílias foram contatadas e, logo no início das conversas, deixou-se clara que a participação ou não no estudo era livre, e que não haveria nenhum constrangimento, se a resposta fosse negativa. Estas famílias, já tinham tido contato com a autora, durante a permanência na Unidade, por isso foi mais fácil ser aceita na casa das mesmas.

A primeira indicação de que, a partir daquele momento, o pesquisador era visto como um amigo, foi a recepção na porta da casa.

“Já estava esperando você” (família Babosa)

“Pode entrar, mas não repare a bagunça”(família Macela)

“Ah! que bom que você veio” (família Malva)

Ao passar um determinado tempo na Unidade de Saúde, conseguiu-se ser vista como alguém que fazia parte daquele contexto, por isso mesmo, houve maior facilidade de ser recebida no contexto familiar.

Fiz questão de agradecer a permissão da entrada na casa, e em todos os lares expliquei a finalidade do estudo. Deixei também claro a liberdade de se interromper as visitas, no momento em que não fosse conveniente. A recepção não poderia ser melhor.

“Eu vou aprender muito com você”(família Babosa)

“Que bom que você vai cuidar de mim” (família Malva)

“Se é para eu melhorar minha saúde, eu acho até bom”(família Macela)

“É bom ter com quem conversar sobre esse assunto”(família Salvia)

Confraternizando

Tive também oportunidade de participar de um passeio com o grupo de idosos. A Unidade de Saúde oferece suporte à organização e funcionamento deste grupo. Esta atividade, além de proporcionar a inserção na comunidade, possibilitou mais um momento de observação, do cotidiano vivido na comunidade em estudo.

Neste passeio estavam presentes um auxiliar de enfermagem, um técnico da odontologia e a pesquisadora enfermeira do sistema profissional, além dos idosos e ainda algumas crianças e adolescentes da comunidade. Foram necessários dois ônibus para levar todos os presentes, em direção a uma chácara. Havia mais mulheres que homens, neste grupo de idosos, todos estavam bastante alegres e cantaram a viagem toda. Foram feitas caminhadas no local, brincadeiras, dançou-se, e conversava-se bastante. Todos queriam contar suas histórias de vida. Em umas das conversas, o assunto foi o cuidado popular de saúde. Uma senhora, com oitenta anos, estava ensinando à outras senhoras o uso de algumas plantas, umas das presentes falou que a pesquisadora - que até o momento estava apenas observando- entendia do assunto, neste instante a senhora de oitenta anos falou:

“Ah! temos que ensinar para essas moças novas, para quando nós morreremos, alguém fica sabendo e ensina para os outros”

A mesma senhora, neste instante, resolveu contar sua história espontaneamente. Falou que casou-se muito jovem, teve quatro filhos, todos casados, dos seus netos, da sua luta para sobreviver às dificuldades da vida: ter carregado tijolo, cimento, para construção de sua casa, trabalhado na roça, colhendo arroz e feijão. Orgulhava-se da sua história de vida, desdenhando pessoas que entregam-se à morte antes dela chegar, deixando fluir toda sua crença na eficácia das plantas medicinais. Ela citou que usava bardana (diurética, anti-inflamatória), espinheira santa (digestiva, gastrite), guaco (bronco dilatador, expectorante), guabiroba (depurativo):

“Eu sou saudável porque sempre usei plantas para me cuidar, já estou com oitenta anos e quero chegar até os cem anos”

“Tem pessoas que não acreditam que as plantas nos trazem saúde, mas eu sou a prova viva disso”.

No Conselho Local de Saúde

Os representantes locais no Conselho de Saúde eram pessoas simples, todas de meia idade, comunicativas e sentiam-se satisfeitas em participar daqueles momentos de discussão dos problemas do bairro, que poderiam afetar a saúde dos moradores. Sentiam-se gratificados em participar das deliberações para serem repassadas aos distritos de saúde. Alguns deles se incomodavam com a pouca participação da comunidade nas reuniões.

“Mas por que as pessoas não participam das reuniões”

“O que podemos fazer para que eles participem?”

“Quando alguém se queixa para mim, eu digo para vir aqui discutir o problema”

No momento das reuniões discutia-se a participação da comunidade na Conferência Municipal de Saúde, era um acontecimento importante, os conselheiros locais e os demais, estavam muito interessados em saber quais as datas de inscrição e a forma de participação dos outros moradores. E mais, davam importância à participação.

“Eu vou participar, eu vou votar, o dia que eu deixar de participar eu morro”

Saviani (1987) ressalta que ser cidadão significa participação na vida da sociedade e se dá de diferentes formas e meios, através de partidos políticos, sindicatos, associações e também conselhos de saúde, e que é o próprio ato que exercita e capacita para a participação, formando e constituindo o atributo da cidade.

A participação desta comunidade, mesmo que em pequeno número, nas decisões das políticas de saúde local, conseqüentemente municipal, é uma forma de democratizar as decisões das ações de saúde, fazendo com que a comunidade fiscalize, reivindique e se beneficie do sistema de saúde vigente da melhor forma possível, além de consolidar e tornar real a participação nas decisões, como é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Este é o primeiro passo para que a população aprenda a exercer sua cidadania. Este aspecto é demonstrado pelo diálogo a seguir, sobre as consultas de pessoas que moravam em outros bairros.

“Acho melhor suspender a carteirinha de quem não for do bairro”

“Não podemos ser tão radicais assim”

“É preciso fazer de uma forma que as pessoas não se sintam agredidas”

“Eu concordo, assim fica justo”

FASE 3 → Primariamente Participação com Observação Continuada

Realizei tanto a participação quanto a observação de forma continuada, acompanhando todos os momentos possíveis do cotidiano da família, nas suas atividades cuidadoras, e principalmente nas de cuidado com fitoterápicos. Isto ocorreu também na Unidade de Saúde, na dispensação de fitoterápicos.

Nesta fase atuei de forma mais efetiva preservando/acomodando e/ou repadronizando os cuidados feitos com a utilização do recurso fitoterápico, no entanto, surgiram outras formas de cuidados, de procedimentos e orientações sobre medicações prescritas e alimentação, tornando imprescindível minha participação.

4.1- PRESERVANDO-ACOMODANDO-REPADRONIZANDO

Na Unidade de Saúde

Preservando

Notei que, entre os usuários, existem aqueles que tem um domínio bastante relevante, sobre a utilização do recurso do fitoterápico no cuidado, explicam de forma detalhada o preparo, dosagem e indicação. Estes valores de cuidado que ajudam as pessoas, de uma cultura particular, foram preservados, já que ajudam a recuperação e/ou prevenção de enfermidades (Leiniger,1991). A constatação ou não de que o uso de fitoterápicos estava sendo feito corretamente, foi baseada nas normas do sistema profissional, que padronizou o uso através da formulação do Manual Plante Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba (Moresco,1995).

“Meu marido está com gastrite e ele melhora muito quando dou chá de espinheira santa”

No caso da Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia* Mart), a informante relatou que colocava de três a cinco folhas secas ou quatro a seis folhas verdes da planta, em meio litro de água fervente e tomava, três vezes ao dia, antes das refeições, durante dois meses. Estando coerente com o preconizado no manual adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, este hábito foi preservado.

Quando a avó de uma família viu seu neto com cólica intestinal, veio até a Unidade pegar funcho (*Foeniculum vulgare* Mill) para preparar o chá de seu neto. Ela descreveu que colocava um punhado do fruto seco em meio litro de água e dava uma “chuquinha” uma vez ao dia para a criança.

“O funcho é para a cólica do meu neto”

O xarope de guaco, fornecido pela Unidade Básica, era muito utilizado, mas também havia uma procura muito grande das folhas secas. Segundo relatos, era preparado o chá com cinco folhas secas ou três a quatro folhas verdes em meio litro de água fervente, tomavam uma xícara de chá três vezes ao dia. Como a explicação dada estava correta, preservei este hábito.

“O guaco é muito bom para tosse”

A crença na eficácia dos fitoterápicos é uma razão muito forte, que justificou muitas vezes o uso dos mesmos entre os usuários, chegando até a enfatizar que, por isso era saudável.

“É um santo remédio”

“Por isso que eu fiz os exames e deu tudo certo, o médico disse que esta tudo bem comigo”

Acomodando

Facilitar o entendimento do uso dos fitoterápicos, ajustando e capacitando os usuários, tornou-se necessário, já que em muitos momentos os usuários tinham dúvidas e/ou queriam confirmação de um dado. Pedir sugestão para utilização, também era comum naquele momento.

Uma mãe adolescente queria esclarecimento sobre o preparo do chá de camomila (*Matricaria chamomilla* L.) para seu bebê. Então foi explicado que ela deveria colocar uma colher de sopa rasa da flor em 250 ml (corresponde a uma mamadeira) de água fervente, dar primeiro 60ml de chá (medir na mamadeira), após vinte minutos dar 10ml em intervalos até melhorar o sintoma.

“Não entendi bem como é para fazer”

Existe um grande perigo quando uma pessoa utiliza determinada planta, saiba sua indicação, mas não possui critério algum para dosar a quantidade a ser usada. Isto pode trazer problemas como alergias, intoxicações ou até mesmo, pode ocasionar morte Neste caso senti-me na obrigação de alertar que qualquer fitoterápico deve ser usado na dosagem correta, como no caso da Salvia (*Salvia officinales* L.) que para uso interno deve-se colocar 5g (mais ou menos uma colher de sopa cheia de folha triturada) em meio litro de água fervente e tomar uma xícara de chá três vezes ao dia.

“A quantidade, sei lá, coloco o que der na cabeça”

No caso seguinte indiquei para uma criança de três anos com resfriado e tosse, o xarope de guaco (*Mikania glomerata* Speng) na dosagem de três colheres de chá ao dia, já relatado anteriormente.

“O que você indica para o meu filho que está com tosse?”

Repadronizando

Fazer repadronização ou reestruturação de um hábito cultural prejudicial ao usuário, dentro do sistema profissional de saúde, não foi tarefa fácil, já que, naquele momento, eu não era alguém muito conhecida pela comunidade. Tentei então, na cordialidade, dialogar e expor os perigos da utilização indevida dos fitoterápicos, tomando o cuidado de não impor um hábito, apenas mostrar alternativas de hábitos que pudessem manter o bem estar.

Associar vários tipos de plantas em um único chá pode causar danos à saúde do indivíduo, principalmente se as plantas a serem misturadas não tenham sido devidamente estudadas e conhecidas as substâncias contidas nelas.

“Minha tia faz chá de um monte de coisa”

“Ah! eu misturo várias plantas para ver no que vai dar”

“Quero espinheira santa, bardana..., é para minha vizinha, ela coloca tudo no Chimarrão e toma todo dia”.

No caso acima, além da mistura de várias plantas em um único chá, o usuário ainda ingere todo dia, ou seja, usa prolongadamente os fitoterápicos. Por exemplo no caso da espinheira santa (*Maytenus ilicifolia* Mart.), o uso prolongado em mulheres em período de amamentação pode ocasionar a diminuição da produção de leite e da Bardana (*Arctium lappa* L.) que pode causar diarreia quando utilizada as folhas verdes e que só pode ser usada no máximo por um mês.

O exemplo abaixo traz o depoimento de um usuário que tomou inadequadamente o chá de confrei (*Symphytum officinalis* L.), já que não é indicado

seu uso interno. Aqui expliquei os problemas que podem acarretar o uso indevido de fitoterápicos, como alergias, náusea, vômito e até a morte.

“Eu tomei, aí começou a me dar uma coceira insuportável”

Repadronizar um hábito do Emic (conhecimento popular), que segundo Leininger (1991) nem sempre traz benefícios para a saúde e que está em desacordo com o Etic (conhecimento profissional), nem sempre é tarefa fácil, por isso deve-se deixar as pessoas bem à vontade para expressarem seus hábitos, já que a imposição não possui resultados favoráveis, pois a pessoa pode concordar na hora e depois rejeitar todas as novas informações recebidas. Neste caso, com muito diálogo e pela confiança alcançada, consegui convencer a pessoa a não mais utilizar indevidamente o confrei. O que também ajudou foi o efeito desagradável que causou, quando a pessoa fez uso indevido do fitoterápico.

Um dos motivos, que fazia com que o programa de fitoterapia estivesse se desenvolvendo bem naquela Unidade, era que a equipe de saúde usava, indicava e acreditava na ação terapêutica dos fitoterápicos.

“O médico falou para eu tomar, para me acalmar ”

“A enfermeira falou que é muito bom”

“O odontólogo pediu fitoterápicos que pudesse ajudar na recuperação do resfriado de seu filho”

Na casa das famílias

Preservando

A crença em valores populares e suas explicações para determinados acontecimentos, como doença e morte, chamaram bastante atenção, porque, na visão do informante, a justificativa recebida era totalmente correta, como o relatado por dona Babosa. Neste caso, procurei respeitar sua crença.

“Minha filha morreu de bicha, eu estava preparando o almoço e minha filha queria comer o frango cru, eu não deixei, ela foi dormir e quando acordou estava com um lado paralisado, depois foi enfraquecendo e morreu” (família Babosa).

Aqui a explicação da cultura popular para a morte de uma filha baseia-se no ataque de “bichas” e a vontade de comer algum alimento cru. Pela pouca informação, a percepção de saúde ou doença está afetada, com explicações que não fazem associações de causa e efeito, dentro da racionalidade ou dos acontecimentos profissionais.

Quando tentei falar que a filha não tinha morrido porque ela não deu carne crua, dona Babosa, ainda sustentava sua versão dos fatos, com muita convicção. Seus olhos se encheram de lágrimas, ela ficou um pouco em silêncio e continuou...

“Eu fui no farmacêutico, o que vende remédio no balcão, ele disse que se eu tivesse dado a carne crua, ela não teria morrido, porque foi a bicha que atacou e torceu o intestino dela” (família Babosa).

“Aqueles ‘farmarcêuticos’ de antigamente eram muito bons, melhor que muito médico que fiz consulta” (família Babosa).

Outra informante, da família Salvia, atribuiu a maior eficácia de uma determinada planta, porque foi colhida em uma data que é feriado santo para os católicos.

“Eu gosto de colher a macela na sexta - feira da paixão, ela tem mais poder, porque foi colhida em um dia santo” (família Salvia).

Como a parte usada são as flores frescas ou secas, justamente nesta época é que elas florescem nesta região.

Um dos motivos, alegados para o uso de fitoterápicos no cuidado da família, é influenciado pela crença na eficácia.

“ Eu cuidei dos meus filhos no interior somente com remédio caseiro e tá tudo criado”(família Babosa).

“Eu fiquei boa porque usei aquela planta (bardana)”(família Salvia).

Outras crenças estavam presentes no cotidiando da família, interferindo e até direcionando certos comportamentos.

Boltansky, (1979) refere que categorias climáticas como frio, calor, frio seco são muitas vezes utilizadas para se falar da origem da doença, particularmente freqüentes no

discurso sobre doenças pulmonares ou rinofaringeanas. As categorias climáticas, mais raramente, podem ser empregadas para justificar outra doença. Princípio de explicação universal, este esquema é utilizado, em último caso, quando falta qualquer outra explicação e sem que o informante apresente sequer tente estabelecer elo lógico entre o frio, o calor, e as doenças das quais se supõe que eles sejam a causa.

“Quando minha neta tomou aerossol, ela sentiu sede e a mãe deu água gelada e fez mal, aí fez mal, ainda por cima com esse piso gelado” (família Babosa).

Acomodando

O conflito entre mãe e sogra no cuidado das crianças foi percebido durante o convívio com a família Babosa. Neste caso procurei conversar com a mãe das crianças no sentido de mostrar o perigo de fazer o tratamento com antibióticos e outros, sem obedecer o horário e o tempo de tratamento.

“A mãe começa o tratamento e não termina”(família Babosa).

Outra justificativa para um determinado estado de doença é a crença no poder das pessoas “consideradas de olho ruim” causarem mal, principalmente às crianças.

“Minha neta pegou quebranto”(família Salvia).

O uso de fitoterápicos pode ser explicado por sua gratuidade e pelo fácil acesso, já que é conseguido na maioria das vezes na farmácia da Unidade de Saúde, no jardim da própria casa ou da vizinhança.

“Eu me dei bem com aquele remédio mas custa muito caro e não tenho dinheiro para comprar”(família Babosa).

“Você acha que eu tenho dinheiro para comprar aquele remédio da farmácia que custa caro?”(família Salvia).

“Tem de graça né, tenho mais é que usar”(família Malva).

A indicação pelo sistema profissional (enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem) e pelo popular (amigos, vizinhos ou até um desconhecido) é outra razão para o uso de fitoterápicos.

O ensinamento mais detalhado no sistema profissional do enfermeiro, médico, e no popular pela avó, sogra, amiga, vizinha e pai, de tal terapia, mostrou também ser um forte motivo para fazer uso.

“Minha sogra me ensinou a cuidar dos meus filhos com plantas, porque minha mãe morreu muito cedo, eu sempre cuidei da minha família com remédio caseiro, eles estão todos bem criados” (família Babosa).

“Olha não sou muito de usar, mas se alguém me ensina e se é para ajudar a melhorar minha saúde, eu faço” (família Macela).

“A enfermeira disse para lavar a ferida com o chá de calêndula, que ajuda a cicatrizar”(família Malva).

Foi preocupante o fato das pessoas contatadas, em algumas ocasiões, fazerem uso da fitoterapia apenas porque um desconhecido (estranho) indicou e mencionou sentir-se bem, isto não só aconteceu com uso de fitoterápicos, mas também com indicações de alopáticos, com determinados tipos de indicações de exercícios.

Talvez seja uma tendência do ser humano querer auto-cuidar-se, mas é imprescindível que o profissional esteja atento para estes acontecimentos, para acordar com a comunidade uma informação mais precisa dos recursos disponíveis, a fim de que não tragam prejuízos ao bem estar.

Boltanski (1979) diz que um grande número de atos médicos são, ainda hoje praticados por não médicos, e as estatísticas revelam um número respeitável de especialidades farmacêuticas compradas sem receita médica, ou que mostram que cerca de dois terços das afecções são tratadas sem que se faça apelo ao médico. Na França, em 1962, 41% dos produtos farmacêuticos foram comprados sem receita, por particulares, variando de uma classe social para outra. Não se excluem mutuamente a utilização de conselhos e prescrições dos médicos e a prática exercida pelos não- médicos, pelo contrário, parecem ser essencialmente complementares.

O fitoterápico é percebido pela população em estudo, de maneiras diferenciadas, mencionam ser coadjuvantes no tratamento, que previnem problemas de saúde, que curam, e

que não fazem mal ao organismo. E mais que o uso adequado serve para limpar o sangue, dor de barriga, dor, tosse, resfriado, gastrite, colesterol alto, anemia, verme, diabetes e pressão alta, mas quando usado de forma errada eles dizem que pode aumentar a pressão, fazer mal, não fazer efeito, dar alergia ou até causar a morte.

Dentre os usuários de fitoterápicos encontram-se adolescentes, mães, idosos, profissionais da saúde.

Os fitoterápicos mencionados foram bardana, boldo, capim limão, camomila, chapéu de couro, espinheira santa, funcho, guaco, mastruço, quebra pedra, pata de vaca e tanchagem, guariroba, sendo que os informantes usavam mais frequentemente a espinheira santa e o guaco. Talvez pelo fato de que, estas duas plantas, serem utilizadas para problemas no aparelho digestivo e respiratório, respectivamente.

Repadronizando

A informante chave da família Babosa relatou que tomava capim limão para baixar a pressão, mas que posteriormente não sentiu melhoras, mesmo assim, algumas vezes não toma o remédio e usa somente o chá. Tentou-se, neste momento, mudar este hábito de tomar exclusivamente o chá para baixar a pressão, justificando e tentando fazer com que a própria pessoa percebesse o risco que estava correndo.

“ Eu comecei hoje a sentir uma formigação, uma coisa esquisita na cabeça (acontece sempre quando eu não tomo o remédio, aí tomei o remédio)” (família Babosa).

“É, eu sei que se eu parar de tomar derrepente o remédio, posso ter um troço, só não quero dar trabalho

**para ninguém, se eu morrer quero que seja de uma vez”
(família Salvia).**

Kloetzel (1985) diz que apenas um quarto dos pacientes, com hipertensão, seguem o tratamento de doença, já que exige um tratamento pelo resto da vida, envolvendo não só drogas, mas mudança de todo um estilo de vida, e ainda tendo que seguir o tratamento, apesar de o hipertenso não sentir absolutamente nada, durante a maior parte deste longo período. Neste caso uma rebeldia torna-se até compreensível.

Uma das informantes-chave do estudo tinha o hábito de fumar. Neste caso repadronizar este hábito, é extremamente difícil. Coube aqui dialogar com a integrante da família Macela sobre o mal que o cigarro fazia à saúde. Foram várias conversas sobre o assunto, e a resposta às conversas, foi a diminuição do hábito, que segundo seus familiares foi bastante significativo.

**“Eu sei que fumar faz mal à saúde, mas eu não consigo
ficar sem ele” (família Macela).**

Com relação à religiosidade, as famílias estudadas eram da religião católica, alguns integrantes não praticantes, repugnavam religiões ligadas ao espiritismo, umbanda, diziam não acreditar neste tipo de prática, mas ao mesmo tempo relataram o medo de serem prejudicados por pessoas, que tinham esta prática religiosa. Cabe ressaltar que este tipo de assunto só foi abordado após algum tempo de convivência nas casas. Antes, o assunto era desconversado e desviado.

“Ela casou com meu filho a peso de saravá” (família Babosa).

“Só pode ter sido algo feito, sei lá” (família Salvia).

Na vivência no lar, observou-se que existe uma pessoa responsável pelo cuidado da família. No caso deste estudo, esta figura foi representada pela avó, mãe, filha e nora. No entanto muitas vezes estas pessoas sentem estar cercadas de muita responsabilidade pelo bem estar dos demais, relatam insatisfação com esta situação. Algumas vezes a cuidadora demonstrou desânimo, tristeza, querendo ser cuidada, necessitando de atenção para melhorar sua auto-estima.

“Estou cansada, cuidar o tempo todo cansa né”(família Malva).

“Só me procuram quando precisam de mim”(família Babosa).

“Se eu morrer quem vai cuidar deles?”(família Salvia).

“Eu não tenho muito tempo para mim”(família Malva).

Os informantes deste trabalho tinham uma condição sócio-econômica baixa ou média-baixa, queixavam-se das condições financeiras e da falta de sensibilidade dos filhos com melhor condição financeira, em ajudá-los. Na convivência, observou-se conflitos entre a nora e a sogra, trazendo muito desgaste para a mesma, a ponto de surgir afastamento entre filho e mãe.

“Ela não é boa mãe”(família Babosa).

“Ele deixou de falar comigo por causa dela (família Babosa).

Nunes et al (1991), afirmam que as oscilações conjunturais dos rendimentos familiares refletem diretamente na família, o impacto da situação econômica e os sacrifícios impostos às famílias, que precisam utilizar-se de diversas estratégias para garantir suas condições de sobrevivência.

“Eu fico a maior parte sozinha, eles precisam trabalhar”(família Macela).

Duas das informantes-chave, envolvidas no estudo, participavam ativamente das reuniões do conselho local de saúde, realizada na Unidade Básica na primeira quinta-feira de cada mês. Esta, além de ser uma instância de decisão, da forma de funcionamento da unidade, era um momento de confraternização entre os participantes.

Um fato interessante, quando se procura o endereço de alguém naquele bairro. Quando perguntei o nome da rua, não encontrei ninguém que soubesse informar, mas quando falei o nome da pessoa que estava procurando, logo fui informada onde ficava a casa, parecendo que as pessoas do bairro se conhecem.

Em uma das casas em que foi desenvolvido o estudo, foi me oferecido alimento e/ou bebida, sendo que, na primeira vez que surgiu a situação, agradei a gentileza e recusei. Neste momento a informante-chave demonstrou ter ficado contrariada, percebendo o desagrado, tratei de aceitar a gentileza.

Nas casas freqüentadas observei que o consumo de verduras na alimentação era muito grande, assim como o de doces após as refeições. Um fato interessante foi a mudança de hábito alimentar de uma informante-chave, migrante do nordeste, que havia esquecido, inclusive, o preparo de várias comidas típicas daquela região.

No bairro estudado, mais precisamente nas redondezas onde moravam os informantes, muitos moradores eram motoristas de caminhão, segundo os próprios moradores; sendo comum encontrar em frente as casas caminhões estacionados, e por coincidência, em duas famílias do estudo haviam pessoas com esta profissão.

As mulheres, pertencentes às famílias envolvidas no estudo, tinham profissões variadas como secretária, zeladora de escola, faxineira aposentada e dona de casa. O nível de escolaridade apresentou-se variado, sendo que dos infôrmanes chave não passou do primeiro grau completo, dentre os demais integrantes da família, o nível de escolaridade variou até o superior.

Em uma das famílias estudadas a mudança de endereço era vista como algo negativo, pois representava ficar distante dos vizinhos, amigos com quem já tinham intimidade.

“Eu não gosto desta parte do bairro, mas tive que vir para cá, meu filho não pode mais pagar o aluguel e meu salário de aposentada não dá para nada”(família Babosa).

FASE 4 Primariamente Reflexões e Reconfirmações de Descobertas com Informantes.

Apesar de terem ocorrido reflexões em todas as fases do processo, foi neste momento que ela intensificou-se.

Ao aprofundar a leitura dos dados, identificou-se alguns termos que não foram devidamente aprofundados, tendo-se portanto que retornar ao campo, várias vezes, para reconfirmação dos dados. Isto fez com que a profissional se transformasse em uma pessoa vista como amiga, fazendo com que a confiança aumentasse de ambas as partes.

Confiança

Após um período significativo de convivência, a pesquisadora passou a fazer parte do contexto e a ser considerada uma amiga.

“Vem morar aqui no nosso bairro” (família Salvia).

“É tão bom ter pessoas que se importam com a gente”
(família Macela).

“ Esta é minha amiga do postinho” (família Babosa).

Tanto na Unidade Básica como nas famílias, pudemos aplicar o referencial teórico de Leininger, preservando, acomodando e repadronizando, segundo os passos propostos pela teórica: observação-participação-reflexão (O-P-R). Este momento ocorreu após algum tempo de convivência com a comunidade, quando fomos vistos como alguém que fazia parte do contexto.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo, algumas crenças acerca do cuidado cultural no ambiente familiar permeavam meus pensamentos. Estas crenças foram sendo confirmadas durante o desenvolvimento do trabalho, como a utilização do recurso fitoterápico no cuidado prestado em ambiente familiar. Esta constatação se confirma também em alguns trabalhos com enfoque cultural, realizados por enfermeiras, que durante seus estudos encontraram na prática do cuidado a utilização do recurso fitoterápico no cotidiano de seus informantes. (Boehs, 1990; Budó, 1994; Gonzalez, 1994; Monticelli, 1994).

Notei que a prática do cuidado popular com fitoterapia é um hábito internalizado na cultura dos informantes, igualmente como outros hábitos. Isso permitiu a aplicação das formas de atuação da enfermeira, proposta por Leininger, como a manutenção, onde pude preservar o hábito cultural de cuidado da saúde; a acomodação tive que fazer negociações no modo como era utilizado o recurso dos fitoterápicos; e, na reestruturação realizada quando a forma de uso foi totalmente prejudicial ao bem estar dos informantes, por isso tendo que ser repadronizada. Esta atuação ocorreu mais intensamente na terceira fase, quando, tanto a participação quanto a observação, foram realizadas.

A teoria transcultural de Leininger adequou-se plenamente ao trabalho desenvolvido e também foi fundamental para superação de dificuldades, já que traz orientações fundamentais para o desenvolvimento de trabalhos nesta linha.

Apesar de existir outra forma de classificar o sistema de cultura, em setor popular, setor profissional e "folk" (Kleinman, 1980), preferimos desenvolver este estudo, tendo como

base a proposta de Leininger (1991), que classifica apenas como sistema profissional e popular e que o “folk” está inserido neste último.

Facilitar o acesso da população a fitoterápicos de procedência confiável é um grande avanço da Prefeitura de Curitiba. No entanto, é necessário ir além deste fornecimento, já que a fitoterapia não se resume apenas à sua dispensação, requer uma atenção ao usuário, para que não ocorra uso indevido e também para preservar um hábito cultural dos indivíduos, tornando-se indispensável capacitar profissionais que possam dar à população o suporte devido.

O envolvimento da comunidade no programa de fitoterapia deveria ser maior, no caso das Unidades Básicas de Saúde, através da criação de grupos que trocassem conhecimentos e experiências sobre o assunto, contando com o suporte e participação de uma equipe interdisciplinar. Fazendo com que a Unidade sirva não só de dispensação, mas um local de intercâmbio de informações das necessidades de informações sobre fitoterápicos.

É importante também incentivar a população a ter seu próprio jardim, horta, quando possível, para que haja o envolvimento da família no conhecimento e identificação das plantas e suas indicações, mantendo o este recurso para o cuidado cultural de saúde.

Sendo uma prática vivenciada e repassada por gerações, necessita ser apoiada e incentivada, para que não desapareça, já que existe uma tendência enorme de apropriação deste saber por alguns profissionais de saúde a ponto de defenderem a restrição da prescrição e indicação dos fitoterápicos, que poderia caracterizar uma perda muito grande para o cuidado popular de saúde e o aumento da dependência da população, que já não possui muitas alternativas para a manutenção de seu bem estar.

Compartilhar os conhecimentos com as famílias, preservando, acomodando e repadronizando, foi extremamente gratificante, já que esta experiência vista e vivida,

proporcionou a autora, grande amadurecimento profissional e sensibilidade para negociar com os informantes do estudo a visão do cuidado profissional que poderia ajudar no bem estar dos mesmos. Infelizmente encontrei ainda lacunas no cuidado profissional e popular em relação ao uso da fitoterapia, durante o desenvolvimento deste estudo, sendo que tentei minimizá-las.

Relatar a dificuldade encontrada, na tentativa de entrada na casa de possíveis participantes do estudo, foi importante neste estudo, para que sirva de suporte à outros profissionais, como as descritas em um dos trabalhos de Leininger (1991), que possibilitou o entendimento de que a transformação de um estranho para um amigo ou não é prevista em um trabalho desta natureza. É preciso determinação para encontrar o caminho adequado a cada realidade, que apesar de não ser fácil e não existir receita, felizmente foi encontrado.

Ousar desenvolver este estudo foi muito importante, já que trabalhos científicos na área de enfermagem, sobre este assunto são raros, principalmente quando o foco central é a fitoterapia e o referencial teórico metodológico de uma teoria proposta por uma enfermeira.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERELE, O. Medicinal plants e health care: an agenda for action. *Fitoterapia*, n.5, p.355-363, 1988.
- BARBOSA, M.A. **A fitoterapia como prática de saúde : O caso do Hospital de Terapia Ayurvédica.** Rio de Janeiro, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- _____, **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros.** São Paulo, 1994. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- BANNERMAN, R. H. La Medicina Tradicional en la Moderna Atencion de Salud, **Forum Mundial de Salud**, v.3, n.1, p.8-28,1982.
- BOEHS, E. A. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina.
- BUDÓ, M. de L.D. **Cuidando e Sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos.** Santa Maria, 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) Universidade Federal de Santa Maria.
- BUISSON, E. A. As plantas medicinais. **A saúde do mundo**, Genebra, p.3-17 set. de 1973.
- CANEVACCI, M. **Dialética da família**, 2 ed. São Paulo : Brasiliense, 1982.
- CAPRA, .F. **Holismo e saúde.** O ponto de mutação : a ciência e a sociedade e a cultura emergente. São Paulo : Cultrix, 1992.
- CASTANHEL, M. S. de , BOEHS, A. E. Cuidando de uma família na comunidade -uma experiência utilizando um referencial teórico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.2, p 87-88, jul-dez. 1993.
- CASTIGLIONI, A. **História da medicina.** São Paulo : Nacional, 1947 v.2.
- COLLIERE, M.E. Invisible Care and Invisibles Womem as Health Care-Providies. **Internacional Journal of Nursing Studies**. v.23, p.95-112, 1996.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8 : 1988 : Brasília). **Anais.** Brasília : Ministério da Saúde, 1988.
- CUNHA N. F.; SABÓIA. S. M. N. Ervas , uma terapêutica no campo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.34, n3/4, p.260-313, jul/dez. 1981.

- ELSEN, I. et al (Org.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**, Florianópolis, ed. da UFSC, 1994, Série Enfermagem - Repensul.
- EVANESKO, V. *Entreé stratégies for nursing field. Research studies.* in Leininger, M. **Qualitative research methods in nursing**. W. B. Saunders Company, Ine 1985.
- FERRARA, F. A. et al **Medicina de la comunidad**. 2 ed. Buenos Aires, Intermedica, 1976.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 2 ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- GOMES, S.H. Educação para a família : uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.4, n.1, p.34-39, jan/jun. 1994.
- GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. Rio de Janeiro : Ediouro, 1996.
- GROSSER, W. H. **The trees and plants mentioned, in Bible**. London, The Religions Tract Society, 1895.
- GUIMARÃES, A. R. Família: comunidade de vida e de amor **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.4, n.1, p.15-20, jan/jun. 1994.
- GULLO, C. PEREIRA, C. Vitória alternativa, “**Isto É**” São Paulo, n. 1413, p.133-134, out. 1996.
- _____ ; A cura no jardim, “**Isto É**” São Paulo, n.1513-, p.72-78, set. 1998.
- HYDE, F. F. Medicina herbária. In Hill, A. **Guia das medicinas alternativas : Todos os Sistemas de Cura Natural**. São Paulo : Hemus, 1981 . cap.5, p.147-154.
- KLEINMANN, A . **Patients and Healers in the context of culture**. London. University of Califormm, Press LTDA, 1980.
- KLOETZEL, K. **O que é medicina preventiva**. São Paulo: Abril cultural: Brasiliense, 1985.
- LANDMANN, J. **Evitando a saúde & promovendo a doença**. 3 ed. Rio de Janeiro : Achiamé, 1982.
- _____ ; **As medicinas alternativas: mito, embute ou ciência?** Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.
- LAPLANTINE, F; RABEYRON, P. L.; **Medicinas paralelas**. São Paulo : Brasiliense, 1989.
- LARAIA, R. de B. **Cultura : um conceito antropológico**. 4 ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1989.
- LEININGER, M. M. Transcultural care diversity and universality : a theory of nursing. **Nursing Health Care**, v.6, n4, p.209-12, 1985

- _____, M. M. **Qualitative research methods in nursing**. Philadelphia. Saunders company, 1985.
- _____, M. M. **Transcultural nursing : concepts, theories and practice**. New York, John Wiley; Sons, 1978. cap 17, p. 31-51: **Transcultural nursing theories and research approach**.
- _____, M. M. **The theory of cultural care diversity and universality : theory of nursing**, New York: N.L.N., 1991.
- LOYOLA, M. A. **Medicina popular**. In: GUIMARÃES, R., **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro : Editora 1984 cap.9.
- LOPES, O. C. **Medicina no tempo**, São Paulo : Melhoramentos. 1970.
- LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. **Cadernos de sociologia**, Porto alegre, v.7,1985.
- MELLO, C.G. **O sistema de saúde em crise** 2 ed. São Paulo, Cebes Hucitec, 1981 (saúde em debate).
- MENDONÇA, C. A, **Projeto de implantação da fitoterapia em serviço público**. Secretaria Estadual de Saúde, Belém - Pará, 1991.
- MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- MORESCO, P. M., **Mesa Redonda : Desenvolvimento de programas municipais de fitoterapia**, Curitiba : Departamento de Planejamento em Saúde - Divisão de Planejamento e Ações de Saúde, 1996.
- _____,P. M. **Farmácias Caseiras – Plante Saúde**, Curitiba : Prefeitura Municipal de Curitiba,1995
- NEVES, E. S. **Plantas medicinais na saúde pública**. São Paulo: Ciência e Cultura.[19--].
- NICZ, L. F. **Aspectos institucionais e organizacionais : procedências sociais no Brasil**. In : GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo : Pioneira, 1989.
- NOGUEIRA, M. J. **Fitoterapia popular e enfermagem comunitária**. São Paulo, 1983.257 p. Tese (livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- _____, **Assistência de enfermagem à família**. *Revista de Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v 3, n 6, jul-set, 1993.

- NUNES, E. D; CUNHA, A; MARSIGLIA, R. G; BARATA, R. de C. B. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo : Cortez, 1991.
- OLIVEIRA, E. R. **O que é medicina popular.** São Paulo : Brasiliense, 1984.
- PAULO, E. P. **A fitoterapia como terapêutica alternativa:** estudo realizado junto a clientes de um centro de saúde. Rio de Janeiro , 1989. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Universidade do Rio de Janeiro.
- PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- PEROZIN, M. M. Sugestões, recomendações, portarias, declarações, resoluções e relatórios de instituições e entidades nacionais e internacionais que normatizam a prática da fitoterapia nos sistemas formais de saúde. **Compilado.**
- _____, Z. M.; SAUPE, R. Repensando paradigmas de saúde : ensinando e aprendendo terapêuticas alternativas para ser saudável. **Texto e Contexto.** Enf. , Florianópolis, 1(2) : 142-151, jul/dez.1992.
- PRADO, D. **O que é família.** 12 ed. Rio de Janeiro : Coleção Primeiros Passos, 1995.
- QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença:** agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS : Campinas: ed. UNICAMP, 1991
- REZENDE, A. L. M. de. **Dialética do pensar e do fazer :** São Paulo ; Cortez, 1989 (Saúde e Sociedade).
- SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa.** São Paulo : Abril Cultural: Brasiliense: Coleção Primeiros Passos, 1985.
- SILVA, L. de F. da et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo de saúde e doença. In: SILVA, Y. F; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem:** Florianópolis: Papa Livro, 1996.
- SILVA, B. **Dicionário de ciências sociais.** 2 ed: Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- STEGALL-GOMES, D. L.; ROMANHOLI, L. M.; SOUZA, M. T. G. de A fitoterapia e a homeopatia como práticas médicas alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.38, n.3/4, p. 349-348, jun/dez, 1985.

- SOUZA, R. B. de **Conhecimento e percepção dos docentes e discentes sobre a utilização de fitoterápicos**. Belém, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará.
- SPECTOR, R. E. **Cultural diversity in health and illness**. Connecticut: Appleton & Lange, 3^a ed., 1991.
- SPRADLEY, J.P. **The Ethnographic Interview**, 1980
- WENGER, A. F. Z. Learning to do a mini ethn nursing. Research Study : A doctoral student's experience. In : LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing** W. B. Saunders Company, 1985.
- WOSNY, A. de M. **Nasce o sol nascente: uma proposta numa perspectiva problematizadora de educação e saúde**. Florianópolis, 1994 Dissertação (Mestrado em Assistência de enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXOS

Anexo 1 - Diário de campo da enfermeira

Data:

Período:

Local:

Registros	Reflexões/impressões

Anexo 2 -Roteiro de entrevista e avaliação dos padrões

culturais

Nome do pesquisador: _____ data: _____

1) Identificação:

1.1) Nome do informante : _____ sexo _____ idade: _____

1.2) Endereço: _____

1.3) Estado civil: _____

1.4) Escolaridade: _____

1.5) Profissão: _____

1.6) Naturalidade: _____

1.7) Religião: _____

2) Composição familiar:

2.1) Quem mora na casa _____

2.2) Formas de participação social (grupos a que pertence): _____

3) Cuidando através dos fitoterápicos (plantas):

3.1) Que fitoterápicos usa para tratar e/ou prevenir doenças?

3.2) Quem indicou?

3.3) Com quem aprendeu a usar fitoterápicos?

3.3) Quem é o responsável pelo cuidado cultural com fitoterápicos no ambiente familiar? _____

3.4) Quando surgem dúvidas a quem recorre?

3.5) Que riscos pode trazer o uso inadequado de fitoterápicos?

3.6) Onde consegue os fitoterápicos ?

3.7) Em que contexto são trocadas informações sobre fitoterapia?

4) Outras responsabilidades de cuidado além dos fitoterápicos?

ANEXO 4

1. Que fitoterápicos usa para tratar e /ou prevenir doenças?

Bardana

Boldo

Capim limão

Camomila

Chapéu de couro

é um recurso para realizar um tipo de cuidado cultural

Espinheira santa

Funcho

Guaco

Quebra pedra

Malva

Mastruço

Pata de vaca

Tanchagem

2. Com quem aprendeu a usar fitoterápicos?

No sistema profissional

Enfermeira

Médico

é um tipo de repassador de conhecimentos relacionados ao cuidado com fitoterápicos

No sistema popular

Amiga

Avó

Pai

Sogra

Vizinha

Em que contexto são trovadas informações sobre fitoterapia?

Em passeios

Na sala de espera de consultas

Em cursos

locais onde trocam conhecimentos sobre cuidado cultural

Reuniões de idosos

No ponto de ônibus

4. Quem é o responsável pelo cuidado cultural com fitoterápicos no ambiente familiar?

Avó

Cura
Não faz mal

10. Os fitoterápicos são usados para que?

Função fitoterápicos usados para prevenir e tratar problemas de saúde

Limpar o sangue
Dor de barriga
Tosse, resfriado
Gastrite
Colesterol
Anemia
Verme
Diabetes
Pressão alta

11. Que riscos pode trazer o uso inadequado de fitoterápicos?

Aumentar a pressão
Fazer mal não fazer efeito
Alergia
Morte

é o resultado do uso inadequado

12. Onde consegue o fitoterápico e/ou planta ?

Farmácia da U.B.S.
Jardim da casa
Jardim da vizinhança

é o local onde se adquire os fitoterápicos

ANEXO 5

Motivos do uso de fitoterápicos

INDICADO	USO	SISTEMA PROFISSIONAL Enfermeira Médico Aux. de enfermagem SISTEMA POPULAR Amiga Vizinha Um desconhecido
INFLUENCIADO	PELA	Crença na eficácia Fator econômico (baixa renda) Fácil acesso
ENSINADO	USO	SISTEMA PROFISSIONAL Enfermeira Médico SISTEMA POPULAR Avó Sogra Amiga Vizinha Pai
ENCONTRADO		Na farmácia da UBS Jardim da casa Jardim da vizinhança

Forma de perceber o uso dos fitoterápicos.

FITOTERÁPICOS	VISTO COMO	Coadjuvante no tratamento Previne dos problemas de saúde Cura Não faz mal
USO ADEQUADO	BOM PARA	Limpar o sangue Dor de barriga Tosse, resfriado Gastrite Colesterol Anemia Verme Diabetes Pressão alta
USO INADEQUADO	PODE	Aumentar a pressão Fazer mal Não fazer efeito Alergia Morte

A fitoterapia presente no cotidiano

<p>USUÁRIO DE FITOTERÁPICOS</p>	<p>Mãe Idoso (a) Pai Jovem Profissional de saúde</p>
<p>QUE FITOTERÁPICOS</p>	<p>Bardana – <i>Arctium lappa</i> L. Boldo – <i>Coleus barbatus</i> Benth Capim Limão - <i>Cymbopogou citratus</i> Spreng Camomila – <i>Matriarcria chamomilla</i> L. Chapéu de couro - <i>Echinodorus grandi florus</i> Espinheira santa - <i>Maytenus iliciplia</i> Mart. Funcho – <i>Folniculum vulgare</i> Mill Guaco – <i>Mikania glomerata</i> Speng Quebra pedra – <i>Phyllanthus nururi</i> Pata de vaca – <i>Bauhinia forficata</i> Tanchagem – <i>Plantago lanceolata</i> Hook</p>
<p>PREPARO</p>	<p>Sabe preparar Não sabe Tem uma noção</p>
<p>RESPONSÁVEL PELO PREPARO</p>	<p>Avó Mãe Filha Nora</p>