

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

DOENÇAS E TRATAMENTOS ENTRE FAMILIAS
DO RIBEIRAO DA ILHA

YOLANDA FLORES E SILVA

Dissertação apresentada ao
Mestrado em Antropologia So-
cial da Universidade Federal
de Santa Catarina

OUTUBRO/91

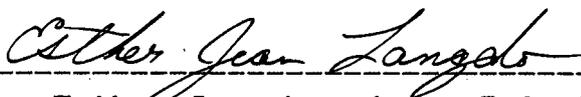
-- FLORIANOPOLIS --

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

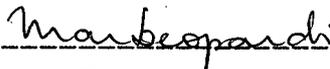
DOENÇAS E TRATAMENTOS ENTRE FAMILIAS
DO RIBEIRAO DA ILHA

YOLANDA FLORES E SILVA

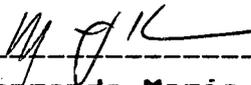
Esta dissertação foi julgada e
aprovada em sua forma final
pelo orientador e membros da
banca examinadora, composta
pelos professores:



Dra. Esther-Jean Langdon - Orientadora



Dra. Maria Tereza Leopardi



Doutoranda Maria José Reis

Florianópolis, 04 de outubro de 1991.

AGRADECIMENTOS

A Esther-Jean Langdon, orientadora e mestra cuja paciência minuciosa nas leituras, críticas e sugestões, possibilitaram o avanço teórico necessário e incentivaram a construção desse trabalho. A ela meu especial agradecimento.

Ao Fran, meu amado, amor e amante, que sempre esteve presente.

A meus pais que embora distantes intelectualmente, me possibilitaram estes vôos antropológicos.

Ao Mestrado de Antropologia Social da UFSC e ao CNPq pelo suporte teórico e financeiro.

Aos amigos do Museu Universitário, que cederam-me espaço, livros e muita amizade.

A Arqueóloga e amiga Tereza Fossari que mui gentilmente permitiu-me reproduzir e embelezar artisticamente este trabalho, com gravuras do Ribeirão da Ilha de autoria de seu pai Domingos Fossari.

E a todas as famílias do Alto Ribeirão, ficam não somente os meus agradecimentos, mas muito amor e amizade por todas as horas que me cederam, pelo carinho, pela confiança e pelos muitos etcs, que não se colocam em papel e nem tão pouco em palavras.

Lista de Ilustrações

1. Igreja Nossa Senhora da Lapa do Ribeirão.....	61
2. Casas do Ribeirão da Ilha.....	62
3. Velho Casarão na Caiacanga.....	63
4. Casas Antigas do Ribeirão.....	64
5. Casas Térreas do Ribeirão.....	65
6. Tear Ilhéu.....	66
7. Rendeira.....	67
8. Engenho de Farinha.....	68

SUMARIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	09
a. Considerações Gerais.....	09
b. Plano da Dissertação.....	14
Cap. 1 - SAUDE, DOENÇA E CURA: ASPECTOS CULTURAIS.....	17
1.1.Saúde, Doença e Cura e Suas Relações Com a Cultura.....	17
1.2.Causas Místicas e Não Místicas.....	21
1.3.As Medicinas.....	25
1.4.0 Cuidado.....	29
1.5.Pesquisas Sobre Saúde e Doença na Ilha de Santa Catarina.....	32
1.6.Os Objetivos Deste Estudo.....	37
Cap. 2 - A PESQUISA.....	39
Cap. 3 - A LOCALIDADE.....	48
3.1.Os Açorianos na Ilha de Santa Catarina e a Fundação da Lapa do Ribeirão.....	48
3.2.0 Ribeirão.....	51
3.3.Os Serviços Médicos no Alto Ribeirão Hoje.....	55
3.3.1. Serviços Oficiais.....	55
3.3.2. Serviços Populares.....	56
3.4.Os Informantes e Suas Famílias.....	57

Cap. 4 - AS DOENÇAS.....	69
4.1.As Percepções de Saúde e Doença.....	69
4.2.As Causas e os Agentes de Doenças.....	76
4.2.1. Causas Naturais.....	78
4.2.2. Causas Místicas.....	91
4.3.As Categorias de Doenças.....	97
4.3.1. Doenças de Crianças.....	97
4.3.2. Doenças de Mulheres.....	100
4.3.3. Doenças de Velhos.....	103
Cap. 5 - OS TERAPEUTAS.....	105
5.1.Os Terapeutas Populares.....	105
5.2.Os Terapeutas da Medicina Oficial.....	123
Cap. 6 - A FAMILIA.....	129
6.1.Os Relacionamentos e o Compadrio Entre as Famílias.....	129
6.2.A Família Como Provedora dos Cuidados aos Doentes.....	138
6.3.Os Comportamentos de Cuidados Identificados na Família Durante um Processo Mórbido.....	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
ANEXOS.....	163
BIBLIOGRAFIA.....	169

RESUMO

"Doenças e Tratamentos Entre as Famílias do Ribeirão da Ilha", é um estudo sobre a forma como algumas famílias percebem saúde e doença, em uma comunidade de ascendência açoriana, no sul da Ilha de Santa Catarina. Como tema central abordou-se diversos discursos sobre as percepções de saúde e doença e as interpretações quanto à origem da doença, categorizações nativas de doenças e respostas terapêuticas propostas para a cura. Procurou-se compreender o papel da família como provedora dos cuidados aos doentes e quais manifestações explícitas de cuidados podiam ser observados durante um processo mórbido. A presente pesquisa ocupou-se em sua análise, principalmente das interpretações qualificadas de populares, onde os discursos e as histórias individuais estão imbuídas de uma linguagem oposta à linguagem dos profissionais da Medicina Oficial, sendo considerado importante o que é vivenciado pelo doente e por sua família.

A B S T R A C T

"Disease and Treatment Among the Families of Ribeirão da Ilha" is a study on the way health and sickness is perceived by some families in a community of Azorean descendants in the south of Santa Catarina Island. The central theme treats discourse regarding the perception of health and sickness and the interpretation of sickness origins, native categories of diseases and therapeutical responses proposed for healing. An understanding is sought of the role played by the family as a provider of care to the sick, and explicit manifestations of care were observed during a morbidity process. The analysis of the research presented centers mainly upon the interpretation of "popular medicine", where discourse and individual histories are vested with a language opposite to that employed by official medicine professionals. What is considered as important is that which is experienced by the patient and his/her family.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

a. Considerações Gerais

Não foi o acaso que me levou à freguesia (1) do Ribeirão da Ilha, nem foi ao acaso que escolhi trabalhar com saúde e doença, a partir do ponto de vista de pessoas leigas, pessoas não ligadas ao setor saúde.

Desde os tempos de estágio, quando ainda concluía meus créditos no curso de Enfermagem, surgiram muitas questões sem respostas, relacionadas às doenças e as diversas formas de tratamento. Muitas vezes me indaguei porque determinados tratamentos não correspondiam às finalidades e expectativas do pessoal de uma equipe de saúde. A cura nem sempre estava relacionada a um tratamento específico, ao progresso nos hospitais e ao avanço tecnológico.

Outros aspectos estavam e estão relacionados ao processo de cura, entre eles a cultura e as particularidades de uma sociedade, que terminam por influir na forma como as pessoas explicam suas doenças e que tratamentos procuram para se curarem.

E foi assim, sem noções teóricas do que significava a palavra cultura e até mesmo o que era Antropolo-

(1) *Freguesia, segundo PAULI (1987), é um misto de organização religiosa e política que representava um núcleo populacional capaz de alguma organização. O termo tem um significado equivalente ao termo Distrito, que é o utilizado atualmente, embora o termo Freguesia ainda seja muito usado pelos idosos*

gia, que resolvi iniciar um Mestrado em Antropologia Social no ano de 1988.

Embora o termo cultura nunca tenha feito parte de meu vocabulário de acadêmica de Enfermagem, com o passar dos anos de minha vida profissional, fui levada a compreender que a cultura de um povo distingue este povo de outros, suas necessidades e as formas como encontra soluções para seus problemas de enfermidade.

Havia em mim uma procura e esta procura estava relacionada à minha trajetória profissional e de vida, que terminaram por levar-me à decisão de continuar meus estudos em uma área que, aparentemente, era bastante distinta de tudo o que eu havia trilhado até aquele momento.

E por que uma pesquisa sobre doenças e tratamentos? E por que o estudo se desenvolveu em uma localidade como o Ribeirão da Ilha, comunidade rural de Florianópolis, que está ao sul da Ilha de Santa Catarina?

Retornando um pouco à minha primeira experiência profissional como Enfermeira, chego aos motivos pelos quais tive meu primeiro contato com a população do Ribeirão da Ilha.

Naquela época eu atendia idosas em uma instituição asilar onde boa parte dessas mulheres tinham amigos morando no Ribeirão da Ilha e terminei por levá-las para rever estas pessoas. Estas idosas acreditavam que os medicamentos, bem como os tratamentos biomédicos, não eram suficientes para curar algumas doenças que elas de-

nominavam de "doenças de velhos". Em consequência deste fato, muitas das visitas que fizemos ao Ribeirão da Ilha tinham por propósito procurar benzedeadas com fins terapêuticos.

Embora no início fosse muito estranho a mim como profissional universitária levar pessoas para tentarem uma cura com benzedeadas, pouco a pouco fui deixando de lado meus receios, meus pudores. E claro que no início inventei mil motivos para justificar minhas visitas a estas terapeutas. Lembro-me, que para aliviar minha consciência profissional, eu dizia a algumas pessoas que aquelas visitas funcionavam como uma compensação à vida daquelas idosas que tinham uma história de miséria e abandono.

Naquelas primeiras visitas ao Ribeirão, eu pensava que benzeduras eram uma solução encontrada por pessoas pobres como forma de atender as suas necessidades de saúde não supridas pelo Estado.

Porém, estes primeiros pensamentos foram dando lugar a indagações cada vez maiores sobre questões novas para uma profissional de saúde que nunca havia pensado, discutido ou lido sobre cultura. E estas indagações estavam diretamente ligadas às doenças e as diversas formas de pensar a saúde e às práticas de tratamentos. Para mim estava se tornando vital compreender os fenômenos que norteiam estes temas.

Perguntas e mais perguntas inundavam minha cabeça:

- Qual a explicação que as pessoas dão para doença "X" ou "Y"?

- Por que existem idéias tão estranhas para algumas doenças?

- Por que algumas doenças são tratadas por profissionais não inseridos no que se convencionou chamar de Medicina Científica ou Oficial (2)?

- Como são tratadas as pessoas doentes?

- Por quem são tratadas as pessoas doentes?

E foram estas questões que me estimularam a elaborar minha vida acadêmica como aluna de Pós-Graduação em Antropologia Social, voltada para temas ligados a saúde, doença, sistemas médicos, mulheres, família, velhice e relações sociais.

Assim decidi trabalhar no Ribeirão da Ilha e desde os primeiros trabalhos elaborados para as disciplinas do Mestrado, envolvi-me de uma forma ou de outra nas questões que tanto me inquietavam e procurei fazer meus

(2) *Medicina Científica ou Oficial, são termos utilizados por autores como BOLTANSKI (1984), LOYOLA (1984), MONTERO (1985), LAPLANTINE & RABEYRON (1989), para designar a medicina universitária; e o termo Medicina Popular para designar várias terapêuticas onde seus profissionais não estão ligados ao sistema formal de ensino. Segundo BONTEMPO (1985), a Organização Mundial da Saúde aceita estas designações e acrescenta o termo Medicina Alternativa para definir algumas especialidades como a Homeopatia, a Quiroprática, a Fitoterapia, etc.*

estudos e pesquisas de campo na localidade referida ou em outras de características semelhantes.

Considerando a importância de preencher as lacunas de meu campo de conhecimento, este estudo teve por objetivo responder a uma proposta de investigação sobre o saber familiar quanto à origem das doenças e o conjunto de práticas ou cuidados domésticos para seus membros enfermos, sendo estas práticas realizadas fora de instituições formais de atendimento a saúde. Queria também levantar dados sobre a aceitação e a utilização dos serviços de especialistas populares e do sistema formal de saúde.

Para alcançar estes objetivos tive então que penetrar não somente nos lares do Ribeirão, mais precisei penetrar um pouco nas cabeças e nos pensamentos principalmente das mulheres, todas muito boas informantes. Procurei captar as teorias sobre causas de doenças e interpretar a maneira dos informantes e depois a minha maneira, a fim de poder analisar e entregar este material da forma como o apresento atualmente.

Por conseguinte, acredito que pude colher um pouco do ponto de vista do que ousamos chamar "do outro" na Antropologia, sendo este material sobre idéias e crenças a respeito de saúde e doença, a essência deste estudo etnográfico. Vale lembrar o pensamento de GEERTZ (1978),

que considerava a etnografia uma descrição densa, composta de um emaranhado de dados que deveria ser compreendido antes de ser apresentado, porque para ele, fazer uma etnografia é descrever um material estranho em um outro idioma. E é bem isto, uma etnografia é uma descrição que, para ser criada, precisa que o pesquisador estabeleça relações, selecione pessoas como informantes, transcreva textos, mapeie um campo, mantenha um diário, etc. E, ainda muito mais, não só tem que se defrontar com todas estas atividades, mas tem que aprender outro linguajar, interpretá-lo e traduzi-lo, a fim de poder escrever sobre o que lhe é estranho.

O "Estranho" - é o saber do Ribeirão da Ilha sobre saúde, doença e tratamento, que penso ter traduzido e interpretado dentro do pequeno grupo que escolhi para trabalhar. Acredito ter escrito uma parte da história não oficial sobre saúde e doença, através dos registros que fiz sobre as práticas que chamo de medicina familiar.

Procurei na medida do possível fazer um relato simples, relativizando ao máximo as explicações que foram fornecidas e o pensamento dos informantes, respeitando-os em suas crenças e em seus valores e demonstrando que existe seriedade nestas pessoas que procuram, acreditam e vivenciam estas práticas.

b. Plano da Dissertação

Este estudo compreenderá os seguintes capítulos:

1. SAÚDE, DOENÇA E CURA - ASPECTOS CULTURAIS: faço uma revisão teórica sobre os conceitos de saúde e doença e a sua relação com a cultura, as teorias de causação de doença e apresento as medicinas que trabalho neste estudo, científica ou oficial e a popular; também procuro neste capítulo introduzir um pouco sobre o tema "Cuidado" a partir das idéias de LEININGER (1984). Finalizo com um relato sinóptico das pesquisas realizadas na Ilha de Santa Catarina que enfocam temas semelhantes aos de minha pesquisa;

2. A PESQUISA: é onde apresento os caminhos metodológicos percorridos, da escolha do local da pesquisa à análise do material coletado;

3. A LOCALIDADE: é um retrato escrito da região onde foi realizada a pesquisa de campo. Consta de um breve relato histórico da região e de aspectos e características do Ribeirão atual, seus serviços médicos, suas famílias e os informantes que participam deste estudo;

4. AS DOENÇAS: analiso os discursos sobre as percepções e conceitos sobre saúde e doença, as causas e os agentes de doenças e as categorias de doenças mais comuns e reconhecidas pelos informantes;

5. OS TERAPEUTAS : descrevo o trabalho e atuação dos especialistas da medicina popular e da medicina científica, e as situações em que são procurados pelas famílias dos doentes;

6. A FAMÍLIA: apresento uma descrição dos relacionamentos entre as pessoas e as famílias e o papel da mulher como indivíduo focal, demonstro ainda como estas famílias atuam como provedoras dos cuidados aos doentes e quais os comportamentos de cuidados identificados.

CAPITULO 1

SAÚDE, DOENÇA E CURA: ASPECTOS CULTURAIS

CAPITULO 1 - SAÚDE, DOENÇA E CURA - ASPECTOS CULTURAIS

1.1. Saúde, Doença e Cura e Suas Relações com a Cultura

Falar sobre saúde e doença é iniciar uma discussão por demais complexa. Aliás, é uma preocupação entre antropólogos e alguns profissionais da área médica, encontrar teorias que expliquem os costumes terapêuticos e as distintas concepções de saúde e doença, que são repassadas entre os grupos humanos há muitos e muitos séculos.

Em função das muitas idéias, os temas saúde e doença não possuem uma única fórmula ou teoria que os defina e os explique. Magia e ciência se vinculam, o abstrato e o não abstrato, idéias místicas e não místicas. Modos de explicação com métodos e premissas diferentes, cujas inferências no pensamento popular parecem reconstituir num só tipo de conhecimento, próximo do concreto.

O que nos leva a acreditar ser difícil analisar as percepções sobre saúde e doença, levando em conta como critério intelectual de referência, apenas os critérios biomédicos ocidentais. Para avaliação de um sistema médico de uma cultura em particular, faz-se necessário o conhecimento desta cultura, de suas motivações, de suas práticas e modelos de funcionamento.

A meu ver, saúde e doença, bem como os rituais de tratamento, são estruturados e explicados em função de

valores e crenças, que compõem o referencial cultural que cada povo vivencia e estabelece para si.

Acredito, assim como PARRY (1984), que a cultura não é estática e é ela que dar a expressão às idéias dos seres humanos, sendo portanto plausível a sua influência nas atitudes relacionadas aos processos mórbidos.

Afirmo, portanto, que as percepções sobre saúde e doença estão intimamente relacionadas ao universo do indivíduo e é produto de vários fatores que fazem parte da postura humana, postura esta ativa e dialética, que vivencia permanentes conflitos gerados pelo antagonismo entre o homem e o próprio homem e deste com o seu meio.

É claro que existem pensamentos divergentes quanto a esta forma de explicar saúde e doença. Para alguns pesquisadores, perceber e conceituar saúde e doença significa defender teorias relacionadas a noções de anatomia, fisiologia, bacteriologia, imunologia, etc. A era Pasteur colocou muros muito altos entre o que se considera "científico" e "não científico" ou "empírico". Desta forma, dissocia-se a doença do meio, dos costumes, dos hábitos, alegando-se não se poder colocar em laboratórios para avaliação estes elementos.

Para CAPRA (1982), o movimento da "Nova Era" dentro da medicina, avalia como obsoletas e ultrapassadas as idéias de Descartes, que coloca o homem e o seu corpo como máquinas e a doença como a uma avaria desta máqui-

na, sendo o médico e outros profissionais da área médica os únicos capazes de consertar esta máquina em uma instituição, tendo o doente que afastar-se do convívio dos seus familiares.

Contudo, a tendência atual entre muitos profissionais da área médica e de outras áreas (como a Antropologia e os Movimentos Médicos Alternativos (1)) é de demonstrar que os fenômenos que envolvem a saúde e doença não são iguais nas várias partes do planeta, justamente porque as culturas não são iguais, assim como também as percepções individuais e coletivas de uma sociedade.

Para BERLINGUER (1988), existem muitas definições e poucas certezas quanto ao que seja saúde e doença. Segundo o autor, muitas são as variáveis e as formas de se perceber e conceituar estes fenômenos, mesmo entre os médicos, a quem atribuímos a capacidade de entendê-los. A compreensão depende muito da ótica de quem observa e esta ótica é o espelho das vivências do doente, do terapeuta e da própria sociedade.

Quando analisamos o texto de LEVI-STRAUSS (1985), onde ele nos relata a história de Quesalid, observamos quão importante é o entendimento da cultura deste indivíduo para se poder entender a importância dos rituais

(1) Os Movimentos Médicos Alternativos ainda são vistos pelos conselhos de medicina, como sendo um trabalho marginal, não sendo parte da medicina oficial.

de cura para sua sociedade e do personagem responsável por estes rituais, que é o xamã. Vou mais além da análise que é feita pelo autor e considero que estes rituais também auxiliam na formalização do entendimento do que seja doença para estas pessoas e qual a origem que atribuem a este fenômeno.

Num primeiro momento pode parecer que é muito simplista chegar a uma explicação que afirme que saúde, doença e cura, tem uma íntima relação com os valores culturais de cada sociedade. Mas, é certo que a cultura é a expressão genérica das percepções quanto à forma de conceber e aceitar os fatos relacionados a estes fenômenos.

PEREIRA (1989), em seu artigo sobre o caso de cura do cientista Ruschi, mostra que existem choques de culturas, quando se trata de aceitar e entender como funciona um sistema terapêutico diferente. No caso do cientista Ruschi, mesmo havendo a sua confiança e do xamã que o atendia nas terapêuticas e rituais realizados para a cura, ocorreram por parte de profissionais médicos de nossa sociedade, uma total descrença no fato e haviam aqueles que o ridicularizavam, assim como ao seu terapeuta nos jornais e nas televisões do país. Quando o cientista faleceu, a justificativa aceita pela maioria das pessoas é que o mesmo apenas havia participado de um ritual sem efeito, ridículo, fantástico. Faltou por parte dos elementos de nossa sociedade, o que

com certeza haveria entre aqueles que faziam parte da tribo do xamã, a condição de fé e crédito nesta forma ritual de cura. O que parece ao nosso povo folclore e charlatanismo é fato real e concreto para outros povos, tendo sua função e seu momento de acontecer.

1.2. Causas Místicas e Não Místicas

Finalmente, quero abrir uma discussão sobre as múltiplas causas que podem explicar o surgimento de uma doença e a sua cura. Seguindo as teorias biomédicas, a causa de uma doença está quase sempre relacionada a um patógeno e ao seu hospedeiro. Nesta relação, o patógeno é a causa e o efeito se faz refletir unicamente no indivíduo hospedeiro, se ignorando completamente outros elementos passíveis de também serem considerados causas.

A atual linha adotada sugere uma abordagem holística, onde a doença não é um acontecimento isolado e está intimamente ligada com outros elementos além do patógeno e do hospedeiro.

Para WEIL (1987), o holismo considera o homem como um ser que está em constante interação com vários campos energéticos, o corpo e o espírito formam um conjunto com o meio, a doença é reconhecida como uma falta de harmonia entre estes fatores: corpo, espírito e meio ambiente. Desta forma a percepção quanto a causa de uma doença pode estar relacionada a um ou vários elementos que serão considerados os responsáveis pela morbidade de

um indivíduo.

Esta visão de holismo e de múltiplas causas para explicar o aparecimento de uma doença, não é um fato explicado e entendido apenas pelos cientistas. Muitos grupos humanos, indígenas e não indígenas, já há muito concebem explicações distintas para as causas de suas doenças.

Alguns trabalhos demonstram que em variados grupos, as causas de uma doença podem ser reconhecidas como místicas e não místicas. LANGDON & MACLENNAN (1979), quando avaliam as categorias etiológicas dos Sibundoy, demonstram que as enfermidades podem advir de causas consideradas místicas e não místicas e estes fatores são determinados levando-se em conta a trajetória da doença. A maioria das doenças que oferecem uma justificativa para o seu aparecimento, e que em pouco tempo são sanadas, são vistas como doenças causadas por forças naturais, tal como o ambiente ou a falta de resistência do doente. Mas, quando a doença não é comum, apresenta-se imediatamente em uma forma grave e com sintomas estranhos, nesses casos se procuram justificativas que normalmente são atribuídas a forças místicas.

ELSEN (1984), quando realizou trabalho de campo na Ilha de Santa Catarina, constatou que mesmo em uma região não muito distante de centros de atendimentos como hospitais e postos de saúde, a população nativa possui uma classificação semelhante à utilizada pelos Sibundoy,

reconhecida como natural e sobrenatural.

MAUES (1990), também constatou uma categorização de causas naturais e não naturais para as doenças que acometem os pescadores de Itapuã no Pará. Para as doenças consideradas como tendo causas naturais, os fatores desencadeadores são vistos como comuns e um tratamento realizado pelo médico é suficiente. Já as doenças reconhecidas como tendo uma causa não natural, os fatores desencadeadores são aqueles relacionados ao anormal, não provenientes de forças físicas, nesses casos somente o pajé pode efetivamente realizar o tratamento com possibilidades de cura.

BUCHILLET (1991), afirma que dentro de uma perspectiva não ocidental quanto a causalidade das doenças é que se percebe uma fuga destes padrões biomédicos ocidentais. Ao que parece, estas sociedades ocidentais consideradas tradicionais estão imbuídas de alguns elementos de outras sociedades (mais particularmente das sociedades orientais), e sob o ponto de vista da causalidade das doenças, suas explicações envolvem o meio natural onde vive o homem, suas atividades e suas crenças. Desta forma é que se tem concepções de doenças atribuídas a elementos que envolvam agentes naturais e não naturais, místicos e não místicos.

Se pensarmos ser possível que uma doença possa ter múltiplas causas, também será possível conceber que o corpo humano, como coloca MARCOS (1989), é permeável

não somente a microorganismos, mas está aberto a correntes cósmicas de toda natureza ou espécie porque tem profundas relações com todo o universo que o rodeia. Assim, qualquer diagnóstico deverá ter como perspectiva de agente causal, não somente o patógeno, mas outros agentes, sejam pessoas, entidades espirituais ou objetos.

FOSTER & ANDERSON (1978) sugerem que a maioria das etiologias médicas se encaixam como sendo personalistas ou naturalistas. Para os autores, os termos naturalista e personalista são mais abrangentes do que a utilização de termos como natural, não natural (sobrenatural), mágico, místico, não místico, etc, isto porque segundo eles, dependendo da situação e das circunstâncias, estas categorias poderão explicar de uma forma mais clara o "por quê" do aparecimento de determinada patologia.

Para estes autores, as etiologias naturalistas têm suas explicações restritas à doença, enquanto as personalistas seriam mais compreensivas por trazerem explicações para a existência de uma doença, que não estão restritas a agentes patológicos, mas têm a ver com o dia-a-dia do doente, seu trabalho, seus problemas financeiros, seus inimigos, sua alimentação, etc. Ou seja, a doença não é uma categoria separada das manifestações cotidianas da pessoa doente.

De uma maneira em geral, em todas as partes da terra, os grupos humanos, independentes do pensamento de seus cientistas, avaliam as causas de suas doenças

sob vários ângulos e perspectivas. Uma doença é muito mais do que um infortúnio físico e pode desencadear muitos questionamentos relacionados à sua causação (como?), aos agentes (que ou quem motivou?) e à origem (os eventos, os por quês?) destes agentes terem iniciado um processo mórbido.

Para este estudo em particular, preferi adotar as denominações natural e mística. As mesmas são muito utilizadas por vários estudiosos da Antropologia Médica, e embora ocorram algumas diferenças nas explicações fornecidas sobre o que seja uma causa natural e uma causa mística, em sua essência estas explicações são muito semelhantes ao que analiso no capítulo sobre as doenças.

1.3. As Medicinas

Quando estudamos as concepções particulares de saúde e doença de cada grupo humano, percebemos que existe o conhecimento e a compreensão da existência de diferentes medicinas que atuam no alívio e na cura das mais distintas doenças.

Para este estudo, resolvi trabalhar com as denominações Medicina Científica ou Oficial e Medicina Popular. A primeira denominação será utilizada para designar a medicina exercida por profissionais ligados ao sistema formal de ensino, ou seja, com uma preparação técnica realizada nas universidades, escolas de nível médio (técnicas e profissionalizantes) e instituições de saú-

de, onde são comuns cursos preparatórios para agentes de saúde, visitantes sanitários, atendentes de enfermagem, etc. A segunda denominação, utilizarei para designar a medicina exercida no domicílio por familiares e também por terapeutas populares como benzedeadoras, curandeiras, etc (2). A maioria desses terapeutas recebem uma orientação informal que poderá ser fornecida por um outro terapeuta mais velho, que esteja se retirando do ofício, muitas vezes parente (avó, avô, tias...), ou amigo íntimo.

Essas medicinas são desenvolvidas dentro de um contexto social que não as isolam dos valores culturais existentes. Não são estáticas e sofrem e provocam mudanças constantes.

Se, por exemplo, pensarmos num processo de aculturação entre brancos e índios, veremos que uma série de transformações a nível social, nutricional, cultural e econômico ocorreram. LANGDON (1988), coloca que se ocorreram mudanças nestes níveis, é de se supor que, com relação ao processo de tratamento e a busca da cura, também ocorrerão mudanças significativas. E estas mudanças a meu ver, serão na forma, no conteúdo e no uso destas medicinas. Vejamos um exemplo: se as terapias convencionais indígenas (que estão muito ligadas ao que chamo de

(2) *Utilizo os termos no feminino porque a maioria dos terapeutas que encontrei ou analisei na literatura, eram mulheres.*

medicina popular), perderem sua eficiência e não conseguirem curar os Índios portadores de moléstias de brancos, estes não abandonarão seus conhecimentos médicos, mas com certeza os adaptarão a nova realidade e também adotarão outras formas de tratamento ligadas a Medicina Oficial.

E isto não ocorrerá apenas entre Índios, mas também entre populações brancas que vivem realidades diferentes, como a urbana e a rural. As várias formas de medicina existentes poderão ser utilizadas conforme a eficácia das mesmas na resolução dos problemas destas comunidades.

Quanto à forma de uso destas medicina, acredito que a atuação de todas elas pode ocorrer simultaneamente e corresponder a uma lógica de pensar que necessariamente não precisa corresponder à lógica científica acadêmica.

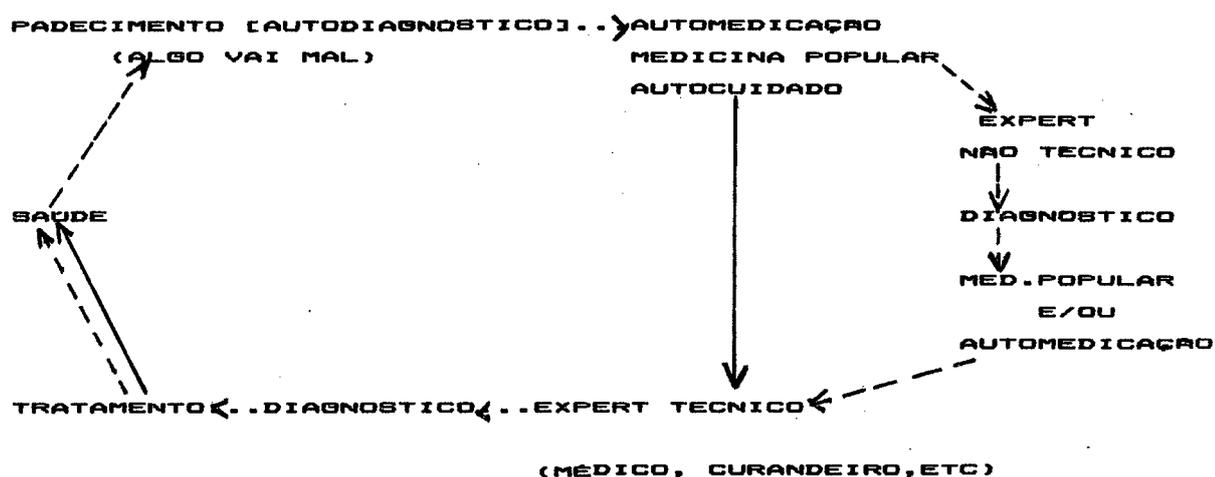
PUPARELI (1984), com relação à atuação destas medicina (mais particularmente a Oficial e a Popular), afirma:

- "Los dos sistemas coexisten complementandose pues, a pesar de lo que se puede pensar, no se excluyen mutuamente. Cumplen ambos funciones semejantes pues son utilizados, con el mismo criterio para conseguir alivio a las dolencias"(1984:254).

Cojito ainda que, embora ocorra a procura de uma ou várias medicina para se obter a cura, acredito a exemplo de LOYOLA (1984), que o ponto de partida dentro

de um itinerário de cura, é a tentativa de uma ação curativa a nível doméstico. As pessoas primeiro recorrem ao que lhes é mais conhecido e caso não haja resultados satisfatórios é que iniciam um roteiro que poderá incluir o farmacêutico, o pai de santo, o médico ou qualquer outro especialista.

CAMPOS-NAVARRO (1989:721), utiliza um esquema que reproduzo abaixo, demonstrando o que ele denomina de **Esquema Progressivo de Demanda Curativa**, que mostra quais as etapas possíveis passadas por uma pessoa que se descobre doente. Vejamos:



Neste esquema o indivíduo doente poderá percorrer todas as etapas ou escolher aquele roteiro que melhor confiar. Segundo o autor, o êxito no tratamento e o caráter da doença, podem ser decisivos quanto às etapas que serão percorridas. Penso ainda que todas estas etapas

podem ocorrer somente com profissionais da Medicina Popular ou da Medicina Oficial, ou ainda, o uso simultâneo das duas medicinas, com a incorporação de recursos comuns, novos elementos e valores aos já existentes.

Como exemplo poderemos citar as muitas interações entre a medicina oficial e a medicina popular, que utilizam vários elementos comuns e terapêuticas semelhantes em alguns tratamentos.

Um médico pode recomendar ao paciente que associe medicamentos alopáticos, prescritos por ele, a chás, emplastros com plantas, etc; e o contrário também é verdadeiro, quanto a benzedeiros e curandeiros, por exemplo, que associam chás com aspirinas e outros medicamentos. Vale ressaltar que a utilização de um recurso, seja da medicina popular ou da oficial, não significa que a pessoa que utiliza o recurso aceite toda a bagagem explicativa destas medicinas.

1.4. O Cuidado

Um tema que considero importante no que diz respeito ao fenômeno saúde e doença, está relacionado ao cuidar humano. Existem uma série de trabalhos voltados para a cura. Isto se torna bastante claro quando observamos que poucas são as pesquisas que envolvem a descoberta de novas tecnologias e habilidades para prestação de cuidados. Quase tudo gira em torno de pesquisas que descobrem novas formas de diagnóstico, medicamentos e

aparelhagens sofisticadas, etc., que facilitem a cura. O cuidado é, muitas vezes, encarado como se não influenciasse neste processo.

Entendo que embora seja um assunto pouco abordado, o cuidado é uma necessidade vital para o homem. LEININGER (1984), nos afirma que o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento, manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos na maior parte das culturas humanas ocidentais. Apesar disto, muito pouco se encontra, na literatura, sobre o cuidado. Quase todas as leituras sobre o tema estão relacionadas a trabalhos sobre crianças e idosos doentes, refletindo sobre a prática do cuidado em instituições.

Neste estudo, procurei localizar meus interesses também sobre a prática do cuidado, porém o cuidado doméstico familiar. Afinal, quem cuida dos doentes, dos inválidos, dos necessitados na família? E o que é realmente o cuidado?

Se o cuidado institucional, sob meu ponto de vista, é da maior importância para a pessoa enferma, o cuidado não profissional, realizado no lar, é muito mais do que indispensável, visto que em alguns casos, garante a sobrevivência da espécie humana. Isto se pensarmos que o cuidado familiar transcende a assistência durante um processo mórbido. Ele é preventivo e curativo.

Para Leininger, citada anteriormente, o cuidado e o cuidar referem-se a atitudes de assistência com fins de

apoio, proteção, socorro, facilitação, compaixão, educação, etc., que dependem das necessidades e dos problemas, dos indivíduos ou grupos que estão sendo assistidos.

E este cuidado é muito mais do que prestar uma assistência física. Segundo Ray (apud LEININGER: 1984), existem vários tipos de cuidado e estes podem ser:

1. Psicológicos, dados por um parente, amigo, que em virtude de seus sentimentos de afeição apoiam com palavras e atitudes; dados por um profissional que auxilia a quem assiste, ajudando-o a interpretar ações e eventos que influenciam seu estado mórbido;

2. Práticos, podem estar relacionados aos cuidados ambientais onde a pessoa enferma se encontra e diz respeito ao uso de técnicas ou métodos que facilitem a prestação de outros cuidados, por exemplo: quarto claro e arejado, uma cama alta com proteção nos lados, lençóis limpos, etc.

3. Internacionais, seriam aqueles cuidados comuns na maioria das culturas, como por exemplo: cuidados físicos relacionados ao banho, a alimentação, a troca de curativos, auxílio respiratório, etc; e cuidados sociais relativos a visitas, o que conversar com o doente, etc;

4. Filosóficos, são os cuidados espirituais, éticos e culturais. Ou seja: levar ao doente uma assistência o mais compatível possível com suas crenças e vivências pessoais. Por exemplo: com doentes evangélicos (3).

(3) *Evangélico é uma denominação dada no Brasil às pessoas de religião cristã ligada ao movimento Protestante, como os Batistas, Presbiterianos, Pentecostais, Luteranos, etc.*

evitar que recebam um padre católico ou que sejam coagidos a participarem de outros rituais de outras religiões, ou ainda, que sejam convidados a participarem de atividades que firam seus princípios e crenças.

Como é possível observar, o cuidado realmente transcende a assistência física e pode ser influenciado em razão de diferentes contextos, sejam ecológicos, culturais, sociais e políticos. Hoje em dia são poucas as pessoas que valorizam o cuidado como elemento vital à recuperação de um enfermo ou a manutenção de um estado saudável de vida. E, no entanto, a meu ver, o cuidado, principalmente o familiar, excetuando-se as práticas nocivas, devem ser estimulados e valorizados. Por esta razão quis saber que cuidados a família Ribeironense prestava aos seus doentes.

1.5. Pesquisas Sobre Saúde e Doença na Ilha de Santa Catarina

Os trabalhos que cito foram realizados na Ilha de Santa Catarina e, assim, como em meus estudos no Ribeirão da Ilha, as autoras procuraram comunidades do interior da ilha como: Pântano do Sul, Costa da Lagoa e Sambaqui.

O primeiro trabalho que gostaria de comentar é o de ELSEN (1984), no Pântano do Sul, que procurou realizar um estudo exploratório utilizando como referencial teórico a teoria da interação simbólica que serviu de base à

formulação de um modelo para conceptualizar família e cultura. As informações foram colhidas na comunidade, nos serviços de saúde e com algumas famílias selecionadas previamente.

Como resultado, a pesquisadora conseguiu chegar as seguintes descrições:

1. De conceitos de saúde e doença. As famílias possuem um conceito de saúde multidimensional, que coloca cada pessoa como sendo saudável, quando apresenta um estado de espírito alegre, disposto, podendo trabalhar, comer, andar e dormir bem, com ausência de problemas de saúde, sem dor, etc. Também foram mencionadas pelos informantes, categorias de relacionamento social como sendo importantes para se ter uma boa saúde;

2. De doenças e suas causas. As famílias utilizam um esquema multicausal que inclui fontes naturais, sobrenaturais e sociais, e também vêm as doenças ligadas ao estágio de crescimento e desenvolvimento, ou seja: há doenças próprias da infância, da mulher e da velhice;

3. De medidas preventivas. A pesquisadora demonstra como as famílias em suas ações preventivas atuam e agem dentro de um esquema coerente com suas concepções de saúde e doença e tanto seguem medidas de conhecimento empírico da comunidade, como também ações recomendadas pela medicina científica;

4. De tratamento dos problemas de saúde. A autora relata os problemas de saúde mais comuns encontra-

dos nas famílias e os tratamentos procurados. De 506 problemas de saúde detectados, a metade destes não foram tratados por não serem considerados importantes, 112 foram avaliados pelo médico e 38 no dentista, o restante foi tratado em casa sem auxílio de terceiros ou com benzedores;

Ao final, foi concluído que a família possui um modelo explicativo de saúde e doença que as auxilia durante os problemas de saúde e na implementação de ações de cuidados à saúde. Este modelo explicativo contém elementos da medicina caseira, popular e científica e é dinâmico e se expande ao longo do ciclo de vida destas famílias.

O segundo estudo realizado por CARTANA (1988), foi na Costa da Lagoa e tinha por objetivo verificar as redes de suporte social das famílias e a influência destas redes com relação à saúde. A autora fez uma pesquisa exploratória, tendo permanecido na Costa da Lagoa por 6 meses, entrevistando 12 famílias que constituíram a amostra. Como resultado desta pesquisa, ela pode identificar três pontos básicos:

1. As redes sociais são por demais complexas e envolvem quase todos os membros da família, isto faz com que durante um problema de saúde a própria família seja o primeiro recurso a ser procurado, principalmente nas figuras dos membros considerados mais experientes como os avós, tios, sogros, etc;

2. As pessoas que não são parte da família, como os profissionais de saúde que atendem no posto da prefeitura, não são considerados como parte desta rede de suporte;

3. As características da rede social encontrada nas famílias da Costa da Lagoa, diferem com o que viu sobre o tema na literatura estrangeira. Para ela isto ocorre em decorrência das especificidades das sociedades analisadas, por isto aconselha que a utilização das idéias e teorias destas leituras sejam utilizadas de forma crítica em virtude das diferenças existentes na realidade brasileira;

O terceiro estudo é o de BASTOS (1990), que foi realizado em Sambaqui, uma comunidade que é parte do distrito de Santo Antonio de Lisboa. A pesquisa desenvolveu-se em um período de 8 meses de observação em campo, tendo a pesquisadora realizado entrevistas com vários informantes não fixos e 9 informantes-chaves, no caso: 4 cultivadores de "remédios", 3 mulheres (mães) e 2 benzedores. O objetivo da pesquisa era resgatar o uso de ervas e plantas curativas como alternativas de cura e promover o desenvolvimento de mecanismos que auxiliassem na manutenção das práticas médicas familiares na comunidade.

Os resultados obtidos deste estudo demonstram quais as ervas e plantas curativas mais plantadas e utilizadas em Sambaqui, seus cultivadores, as técnicas, a

época do cultivo e a indicação para o uso das mesmas, bem como as categorias de "cultiváveis" e do "mato".

Quando a autora chega aos dados sobre o tratamento com as ervas e plantas, percebe-se que esta sentiu necessidade de saber quais as percepções sobre saúde e doença da comunidade, as causas e as categorias de doenças e, por fim, como se efetuavam os processos de cura.

Como constatação final, BASTOS descreve um grande número de doenças e de alternativas de tratamentos existentes e como na comunidade do Sambaqui ainda são utilizadas antigas práticas da medicina popular, principalmente por causa da não existência de postos de saúde na comunidade e o elevado preço de medicamentos nas farmácias.

A proximidade dos resultados destas pesquisas demonstra como cada grupo, em locais geograficamente separados, mas ao mesmo tempo tão próximos por estarem na mesma ilha e por terem uma ascendência colonizadora comum, é único na sua forma de refletir e atuar porque também é único o seu arsenal cultural. Algumas pessoas poderiam dizer que os resultados destes estudos foram iguais em sua essência, entretanto cada grupo terminou por fornecer dados que não são iguais, embora parecidos, embora muitas vezes recolhidos de uma história comum, são diferentes porque as realidades assim o são.

1.5. Os Objetivos Deste Estudo

Como vimos, as três monografias descritas acima, trabalharam com a experiência de doença em grupos sociais semelhantes àquele onde investiguei meus dados. Entretanto, penso ter empreendido um estudo distinto dos abordados, visto que os objetivos deste estudo visaram principalmente chegar aos discursos, percepções e práticas dos indivíduos doentes e de suas famílias. E, embora não se descarte a importância do saber médico institucional, se dá especial destaque ao saber individual das pessoas. O doente e sua família serão os principais ouvintes, as suas vivências é que interessam a investigação em questão.

Este estudo teve, portanto, por objetivo geral:

1. A investigação do saber familiar quanto à origem das doenças e o cuidado familiar aos doentes. Para alcançá-lo foi necessário levantar dados relacionados aos seguintes pontos:
 - 1.1. Percepções sobre saúde e doença;
 - 1.2. Percepções sobre causas e agentes de doenças mais reconhecidos pelas pessoas da comunidade;
 - 1.3. Percepções sobre as categorias nativas de doenças;

1.4. Que profissionais e especialistas são procurados? Em que situações? E qual a aceitação das pessoas ao trabalho destes especialistas?

1.5. O papel da família durante um processo mórbido;

Com relação a estes tópicos, é importante esclarecer mais uma vez que saúde e doença serão vistos a partir da linguagem dos informantes e não do discurso médico oficial. A idéia de doença será apresentada levando-se em conta a experiência vivida pelos doentes e suas famílias.

CAPITULO 2

A PESQUISA

CAPITULO 2 - A PESQUISA

Optei neste estudo por fazer uma pesquisa onde o método de trabalho escolhido foi o qualitativo, por acreditar, a exemplo de LEININGER (1985), que este método é essencial quando se pretende documentar e interpretar fatos estudados em um contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas.

Como quase tudo que nos é relatado é parte da expressão coletiva das pessoas de um lugar, penso que estes relatos possuem um lado subjetivo que se sobrepõe ao objetivo e o método qualitativo consegue fornecer uma compreensão mais profunda destes fenômenos.

Segundo HAGUETTE(1987:55), citando Lazarsfeld, podem ocorrer três situações onde se presta uma particular atenção a indicadores qualitativos:

- 1) Em situações nas quais a evidência qualitativa pode ser usada para captar os fenômenos psicológicos, as atitudes e as motivações;
- 2) Em situações onde não se sinta necessidade da evidência quantitativa, onde não se queira utilizar informações estatísticas;
- 3) Em situações onde a observação é utilizada como indicador do funcionamento das estruturas e das organizações complexas;

E mais que isto, em situações onde o tema investigado seja analisado levando-se em conta a sua cultura.

Simplificando, o que me propus foi investigar uma comunidade onde estas situações que cito da obra de Haquette estão bem presentes.

Desta forma decidi por realizar um estudo intensivo e sistemático com 20 famílias de uma zona mapeada por mim, localizada no Alto Ribeirão, indo do Morro das Pedras até a divisa com a Freguesia do Ribeirão da Ilha (ver Mapa 03 em anexo). Tomei em consideração para a escolha das famílias os seguintes fatores:

- 1) Terem ascendência açoriana e morarem na localidade há pelo menos 15 anos;
- 2) Que as famílias tivessem elementos em todas as categorias de idade;
- 3) Estarem disponíveis e aceitarem a participação na pesquisa;

E como foi possível minha aproximação a estas famílias?

Embora desde 1988 eu tenha tido um contato constante com algumas famílias do Alto Ribeirão que estão citadas neste estudo, somente durante o ano de 1989 e em 1990, quando passei a residir na localidade, é que pude realmente conviver de uma forma mais íntima não só com estas famílias escolhidas, mas com outros segmentos da comunidade.

Inicialmente, em 1989, fiquei instalada em vários lugares, tendo convivido com várias famílias durante es-

te período. Somente a partir de março de 1990 é que fui ter um lugar só para mim, um pequeno barraco nos fundos da casa de uma benzedeira local, que se tornou uma espécie de amiga e protetora.

Entretanto, este primeiro local onde pude colocar meu material de estudo, tornou-se com as chuvas, um ambiente temível em decorrência de seu mau estado de conservação. Assim, a partir de maio fui para um outro local mais seguro e confortável à beira-mar na Freguesia do Ribeirão da Ilha. Este novo alojamento, embora um pouco distante da sub-região onde eu iria coletar meus dados, tornou-se bem mais acochegante do que o anterior, era melhor construído e me dava uma certa distância dos acontecimentos e do local foco da pesquisa, dando-me a oportunidade de descansar e analisar com mais tranquilidade os dados apurados durante o dia.

Para realizar este trabalho de campo, tentei seguir os princípios difundidos por MALINOWSKI (1976), em sua famosa pesquisa entre os Trobriandeses na Nova Guiné. Cheguei portanto a uma comunidade e vivi um pouco da sua cultura o tempo que considero suficiente para embeber-me em todos os aspectos de seu <ethos>. Como bem colocou Mead, citada por GROSSKURT (1989:25), a pesquisa de campo "é uma tentativa de se entrar o mais integralmente possível na realidade de outra cultura".

Apesar das muitas dificuldades, posso neste momento apresentar o resultado de uma investigação, onde

tento colocar um pouco do que seria a característica central do trabalho de Malinowski, que era criar para o leitor, antropólogo ou leigo, uma imagem viva e humana das pessoas que pesquisava, das pessoas que considerava diferente. DURHAM (1986:10) coloca que a forma como Malinowski trabalhava os dados que colhe, a manipulação destes é essencial em sua obra, visto que sem os mesmos seria " impossível caracterizar e preservar aquilo que constitui uma preocupação central do autor: a especificidade de cada cultura ". E foi isto que tentei fazer nesta pesquisa, apresentar não somente um conjunto de manifestações sobre saúde e doença, mas uma síntese integrada do comportamento, das ações do dia-a-dia para satisfação de uma necessidade humana vital que é o viver.

Assim, morando na comunidade, pude não somente partilhar a vida cotidiana, no que se refere às visitas, reuniões, festas e passeios, mas também partilhei conflitos e mudanças nas relações familiares e entre vizinhos.

Em termos práticos, posso afirmar que as observações que fiz na localidade tiveram algumas etapas que descrevo a seguir:

1) Observação Direta Livre - aconteceu no primeiro momento da pesquisa, quando eu estava conhecendo as pessoas e me fazendo conhecer. Através destes primeiros contatos, pude estabelecer minhas bases com relação ao

local de moradia, ao mapeamento de meu campo de ação e a escolha das famílias. De forma proposital procurei escolher famílias com boas condições financeiras. Apesar de em termos de renda fixa, quase todas me colocassem uma renda salarial mínima, pude descobrir posteriormente que possuíam várias formas de renda, terrenos e nenhuma das famílias morava de aluguel;

2) Observação Direta e Sistemática - este tipo de observação só ocorreu a partir do ano de 1990. E consistia de visitas semanais em dias previamente fixados com os membros de cada família que seria entrevistado, sendo com 4 ou 5 famílias por dia, consistindo de entrevistas com perguntas abertas, registro escrito ou gravado das mesmas e em algumas ocasiões um registro fotográfico. Quando havia dificuldades de se obter alguns dados diretamente com a pessoa envolvida, procurava um informante de confiança que tivesse vivenciado o fato e este o narrava para mim;

3) Observação Participante - neste caso havia uma co-participação consciente e sistemática tanto quanto as circunstâncias permitiram, nas atividades principalmente com as mulheres das famílias pesquisadas. Um exemplo destas atividades: auxiliar durante o tratamento de alguma pessoa doente, seguindo as instruções da pessoa responsável pelo mesmo.

E claro que meus contatos maiores foram com as

famílias com quem eu estava envolvida, mas também existiram depoimentos colhidos com outras pessoas com quem convivi pelos arredores do último local onde morei no Ribeirão. Estes depoimentos serviram para confirmar e para solidificar minhas idéias quanto aos relatos que colhi com as famílias do Alto Ribeirão.

Confesso que, na maior parte das famílias, fui tomada de surpresa quanto a facilidade com que as pessoas falavam de suas histórias de doenças, poucas foram as pessoas que tinham receios declarados, de forma verbal ou por atitudes, de falar algo considerado íntimo do ponto de vista dos ribeironenses. Poucos foram os momentos em que senti que havia intimidado meus informantes com alguma pergunta ou comentário.

Após cada dia tentava transcrever para um caderno minhas impressões sobre as visitas realizadas. Algumas destas impressões foram gravadas, outras foram feitas a partir de anotações ou de tudo que pudesse ser recordado através do exercício da memória recente. Já na última etapa da pesquisa, optei por não mais gravar. Esta decisão veio em decorrência da falta de tempo para transcrições muito longas e também porque comecei a sentir muito cansaço em escutar as fitas quando retornava a noite para meu local de dormida, o que terminava por me fazer atrasar minhas anotações diárias.

Creio que a etapa final desta investigação foi a

mais produtiva e foi onde eu pude me soltar mais com os informantes e também permitir a eles que ficassem mais soltos e contassem mais livremente suas histórias. Desta forma foi que realmente consegui atingir meus objetivos, recolhendo um denso material que será usado quase que totalmente para esta dissertação. O material recolhido sobre bruxas, por exemplo, será usado apenas parcialmente, apenas o que interessa com relação as doenças e algumas formas de tratamentos, o restante será usado posteriormente em pesquisa que envolva somente este tema.

Ainda quanto aos informantes, coloco adiante alguns dados sobre os mesmos (dados mais específicos serão fornecidos no sub-capítulo "Os Informantes e suas Famílias", no capítulo "A Família" e nos quadros de informantes nos anexos.

- Total de Famílias : 20
- Total de Informantes Fixos : 43 pessoas
- Total de Informantes Não Fixos: 35 pessoas
- Idades dos Informantes Fixos:
 - * 17 informantes com idades igual ou superior a 60 anos;
 - 19 informantes com idades entre 30 e 59 anos;
 - 05 informantes com idades entre 13 e 29 anos;
 - 02 informantes com informação imprecisa sobre idade;
- Nível de escolaridade dos informantes fixos:

- * 5 analfabetos;
- * 8 com primário completo;
- * 9 com primário incompleto;
- * 10 com segundo grau completo ou o curso normal;
- * 7 com segundo grau incompleto;
- * 4 com cursos de nível superior incompletos.

Não me preocupei com as idades e os níveis de escolaridade dos informantes não fixos, porque quando os entrevistava era apenas para confirmar algumas afirmações. Estes nunca foram entrevistados mais de 3 vezes. Também não estou me preocupando, neste capítulo, em definir o que é família, para que se tenha uma idéia de como se formam as famílias no Ribeirão, porque no capítulo sobre a Localidade estes detalhes serão esclarecidos.

Adianto também que estes informantes residem no Alto Ribeirão, alguns bem no início, já próximos da via de acesso ao Morro das Pedras e o restante, quase todos, entre o Clube Bandeirantes e a casa de D. Clara (1) que é próxima a única casa com gruta (com uma santa) no jardim.

(1) Todos os nomes que cito neste estudo são pseudônimos escolhidos pelos próprios informantes. Em anexo quando apresento o mapa de residências, procuro localizar cada casa de acordo com o número que dou a família e também com estes pseudônimos. As distâncias neste mapa não estão precisas para dificultar a identificação destes informantes.

Como citei anteriormente, do ponto de vista financeiro, com raras exceções, todos possuem uma situação estável, possuem terrenos e casa própria, ou moram com suas famílias. Digo isto para deixar claro que são pessoas com um padrão de vida acima do que encontramos nas periferias urbanas e também em algumas comunidades rurais. Mesmo aquelas famílias mais carentes, conseguem no Ribeirão, ter a sua casa própria, o seu pequeno lote, possuem criação de animais domésticos para consumo e comércio, bem como hortas e pomares diversificados.

CAPITULO 3
A LOCALIDADE

CAPITULO 3 - A LOCALIDADE

3.1. Os Açorianos na Ilha de Santa Catarina e a Fundação da Lapa do Ribeirão

A Ilha de Santa Catarina sempre foi um ponto estratégico para a coroa portuguesa, segundo ADAMS, VEIGA & ALBERS (1989), a Ilha era pensada como um local para onde viriam tropas e conquistadores com o intuito de daqui fazer a expansão dos limites de Portugal para muito além da área estabelecida no Tratado de Tordesilhas.

Já em meados do século XVIII, o primeiro governador do distrito de Santa Catarina, é incumbido de fortificar a ilha. Além da construção de fortalezas, também se achou por bem financiar a vinda de imigrantes açorianos, constituindo-se assim no primeiro movimento organizado de transferência de colonizadores para o sul do país.

Segundo Brito (apud CARUSO 1989), foram afixados vários editais nas ilhas dos Açores e Madeira, com promessas de transporte às custas do estado e ajuda para aquisição de instrumentos de lavoura, quando não a promessa de entrega de instrumentos e dinheiro. A preferência era para imigrantes homens com menos de 30 anos . As promessas não se efetivaram conforme os editais, sendo que o imigrante teve que contar com a sua inteligência e as próprias condições da ilha.

Assim, no interior da Ilha de Santa Catarina, foram concedidas sesmarias para que houvesse a ocupação de toda a Ilha e segundo PAULI (1987), a Lagoa da Conceição e Santo Antonio de Lisboa, foram onde se estabeleceram os núcleos açorianos pioneiros com as respectivas freguesias por volta de 1748.

As vilas se ergueram seguindo orientações dos portugueses e ainda hoje servem de modelos para construções e restauração de alguns prédios. Se demarcaram os logradouros públicos, a igreja e a praça principal e ao redor os moradores assentaram suas casas e seus quintais. Estas vilas tinham seu crescimento sempre acompanhando o curso da água e das fortificações que protegiam a Ilha de invasões (ADAMS et alii, 1989).

Seguindo este contexto é que nasceu a Lapa do Ribeirão. Ribeirão ou Lapa do Ribeirão, fica há mais ou menos 35 quilômetros de Florianópolis. O geógrafo Saint-Adolphe (apud VARZEA 1985), colocou que o Ribeirão, distante 2 léguas de Florianópolis ou Desterro, nasceu da construção de uma capela, que foi idealizada para servir a família de Manoel de Vargas Rodrigues, isto em 1760. Esta capela foi denominada Nossa Senhora da Lapa e a localidade de início também recebeu este nome. Esta capela posteriormente foi substituída por outra maior, visto que atendia também aos moradores e estes já contavam 1200 pessoas.

Em 1809 quando nasceu a paróquia do Ribeirão, foi

que legalmente a localidade passou à condição de Freguesia, e em 1840 mudou novamente de posição, passando à condição de vila em decorrência de uma lei provincial.

Resumindo tudo coloco a seguir as fases de ocupação da Ilha de Santa Catarina seguindo uma ordem cronológica:

- **FASE 1** - 1500-1629 : abordagem feita por navegadores a caminho do Prata, ocorreram frustradas tentativas de ocupação da ilha por espanhóis;

- **FASE 2** - 1629-1645 : caçada de índios por bandeirantes para levá-los à São Paulo como mão de obra escrava;

- **FASE 3** - 1645-1673 : povoados instáveis por paulistas;

- **FASE 4** - 1673-1687 : fundação da povoação do Desterro (1);

- **FASE 5** - 1687-1726 : estabilização da fundação do Desterro com ocupação permanente;

- **FASE 6** - 1726-1748 : chegada dos açorianos e origem das primeiras localidades em torno da Freguesia do Desterro;

(1) *Desterro era o nome de Florianópolis até quase o final do século XIX; segundo PAULI (1987), antes de ser chamada Desterro, Florianópolis era somente conhecida como Santa Catarina, quando passou à condição de Freguesia é que recebeu a denominação de Nossa Senhora do Desterro e depois simplesmente Desterro.*

- FASE 7 - 1760 : fundação de Nossa Senhora da Lapa do Ribeirão ;

3.2. O Ribeirão

Atualmente o Ribeirão é considerado Distrito Administrativo de Florianópolis. Localiza-se ao sul da Ilha de Santa Catarina (ver Mapa 1 e 2 em Anexo) e faz limites com a localidade de Campeche do Rio Tavares, Morro das Pedras e Farol da Barra do Sul dos Naufragados. Compreende, segundo PEREIRA et alii (1991:25), "as seguintes localidades: Freguesia Sede, Alto Ribeirão, Areias do Morro das Pedras (parte), Areias, Carianos, Tapera do Sul, Tapera Mirim ou da Base, Ressacada, Porto do Ribeirão ou Candonga ou Canto do Rio, Pedregal, Caiaçanga Açu, Caieira da Barra do Sul, Naufragados, Barro Vermelho, Sertão do Peri ou Sertão do Ribeirão e Sertão dos Indaiá".

Além dessas localidades, integram-se ao território do Distrito algumas ilhas que passo a citar a seguir: Laranjeiras, Maria Francisca, Do Largo, Das Pombas, Dos Cardos, Moleques e Araçatuba. Ainda como parte do Distrito e que muitas pessoas desconhecem, está o Aeroporto e o estádio conhecido como "estádio da Ressacada" (Estádio Dr. Aderbal Ramos da Silva).

No Alto Ribeirão, localidade ou sub-região onde esta pesquisa se realizou, existe uma infraestrutura mi-

nima para atendimento de seus moradores. Compreende basicamente uma Igreja Católica (onde ao lado estão construindo uma casa para atendimento a menores carentes, esta construção está sendo patrocinada por seguidores do espiritismo), 1 Posto de Saúde, 1 Escola de Primeiro e Segundo Graus, 1 Clube Social e Desportivo que possui uma sede para reuniões dos mais variados grupos e uma quadra desportiva, vários comércios, 1 farmácia e uma casa de repouso para idosos da Ordem Franciscana.

Para este trabalho interessei-me mais especificamente com o Ribeirão açoriano, embora não despreze outros personagens que aqui chegaram de outras nações, como os alemães, os africanos, os portugueses, os espanhóis e muitos outros, que de uma forma ou de outra estiveram na Ilha de Santa Catarina.

Os açorianos que chegaram à futura Freguesia do Ribeirão da Ilha, a semelhança de outros colonizadores que foram para outras freguesias, vieram pensando em trabalhar no mesmo ramo de empreendimento a que estavam acostumados nos Açores. Entretanto, as condições da terra, a presença de muitos mangues e a areia solta das praias, ou seja, uma terra pouco fértil para o plantio do trigo, e ainda as condições climáticas adversas, tudo isso forçou o açoriano a trabalhar em um tipo de roça que não fazia parte do rol das especialidades destes imigrantes.

Desta forma os açorianos tiveram que encarar uma

agricultura de subsistência que dizia respeito a plantação de milho, feijão e mandioca, além do plantio de hortas, criação de galinhas e até algumas vacas para produção de leite, manteiga e queijo.

E esta realidade ainda permanece, embora sofrendo alterações constantes. Especificamente no Alto Ribeirão onde esta pesquisa se realizou, ainda é possível encontrar sítios e pequenas fazendas onde a produção de hortigranjeiros associada ao comércio fornece o sustento e a manutenção de algumas famílias. Poucos são os pescadores que moram nesta sub-região, havendo apenas o que denominei de "pescadores de época", que participam da pesca do camarão, conforme o período (se estão desempregados, para aumentar a renda mensal, etc), ou se precisam substituir um amigo ou parente doente que seja pescador na Costeira.

Os engenhos de farinha foram muito importantes para os ilhéus de ascendência açoriana, segundo PEREIRA (1989), estes surgiram na Ilha de Santa Catarina com a colonização açoriana, entre 1748 e 1756. Ainda segundo este autor, no ano de 1794 foram registrados 382 engenhos de farinha, mais de uma centena de engenhos de cana e atafonas diversas. De todos estes tipos de engenhos o que mais se popularizou principalmente no Ribeirão da Ilha, foi o do engenho de mandioca. Embora se saiba que a tradição açoriana era representativa com relação a plantação de trigo, os açorianos aqui chegando se deram

conta que a terra não era própria para o plantio e que a farinha é que teria um mercado grande e promissor, assim tornaram-se plantadores de mandioca e fazedores de farinha.

Retomei este lado histórico apenas para que se tenha uma idéia do que representou a agricultura para o povo imigrante que aqui chegou. Este quadro está parcialmente modificado e isto não é somente no Ribeirão. MALUF descreve muito bem estas mudanças quanto as atividades econômicas das comunidades do "interior da ilha":

- "O Canto da Lagoa, assim como a maioria das outras comunidades, tem vivido nos últimos anos um processo acelerado de mudança com o deslocamento da atividade econômica central da pesca e da agricultura de subsistência para o trabalho assalariado" (1989:10)

Assim podemos dizer que a localidade do Ribeirão, especificamente no início, na sub-região do Alto Ribeirão, faz uma prática de agricultura de subsistência em pequenas propriedades, sendo raras as propriedades de grande porte pertencentes a famílias, algumas congregações religiosas católicas é que possuem terras em grande quantidade e fazendas. A maioria dos moradores hoje exercem suas atividades em órgãos públicos e privados, como a Polícia Civil, a Prefeitura de Florianópolis representada pelas escolas e postos de saúde na própria localidade ou em outras vizinhas, também trabalham no comércio em Florianópolis, são donos de pequenos comércios como armazéns, padarias, bares, lojas de

venda de material de construção, etc.

Com relação a infraestrutura da localidade, no setor de transportes, o Ribeirão como um todo, é servido pela Empresa Ribeironense com os Ônibus Ribeirão da Ilha, Tapera e Caieira da Barra do Sul; no setor de abastecimento de água, a Casan que é o órgão responsável, fez canalizações para 2532 casas (isto pelo ano de 1988); com relação a rede pública de esgoto, até janeiro de 1989 não havia atendimento, o que se viam eram fossas construídas nos quintais das casas; quanto ao recolhimento do lixo este era realizado 3 vezes por semana.

3.3. Os Serviços Médicos no Alto Ribeirão Hoje

3.3.1. Serviços Oficiais

Em termos de serviços médicos, a Prefeitura Municipal de Florianópolis mantém instalado e funcionando um posto de atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Este posto conta com os seguintes funcionários: uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de dentista, uma faxineira, um médico e um dentista. Para supervisão da auxiliar de enfermagem a Secretaria de Saúde do município envia para visitas quinzenais uma enfermeira. Além dessa supervisão ela traz material e medicamentos necessários e solicitados pelo pessoal do posto.

Um detalhe a ser esclarecido: nas principais sub-regiões do Ribeirão da Ilha se tem um posto de saúde e

estes postos normalmente se localizam em prédios das escolas municipais. Com isto, muitas das atividades dos postos e de seus profissionais estão voltadas para a assistência dos alunos e de seus familiares.

Tive conhecimento também de uma unidade médica que assistia aos moradores no clube social, entretanto, como pude constatar posteriormente, esta assistência no momento está cancelada. Somente no Centro Social que funciona na Freguesia do Ribeirão é que atualmente se obtém esta assistência fora dos postos da prefeitura, embora os profissionais que lá atuam sejam contratados pela Secretaria da Saúde do município.

3.3.2. Serviços Populares

Além dos serviços oferecidos pela prefeitura, também é possível encontrar no Alto Ribeirão alguns terapeutas populares como a benzedeira, a parteira e curandeiros espíritas (o mais famoso é o "seu Marquinhos"). As denominações que utilizo para designar estes terapeutas, são as mesmas utilizadas pelas pessoas quando falavam comigo. Embora a princípio negassem ou disfarçassem que consultavam estes terapeutas, as pessoas aos poucos foram se abrindo e me dando inclusive os endereços destes para que eu os entrevistasse também.

Fora da localidade, os serviços de saúde públicos e privados como ambulatórios, hospitais e consultórios particulares, são procurados, também, principalmente nos

casos considerados mais complicados e especializados, ou quando encaminhados pelo médico do posto ou por amigos, em casos que haja necessidade de cirurgia e até mesmo quando falta confiança nos especialistas da localidade.

Para aquisição de medicamentos, existe apenas uma farmácia que fica na entrada de acesso ao Ribeirão da Ilha e no próprio posto de saúde da prefeitura, só que no posto os medicamentos deverão ser prescritos pelo médico que lá atende.

3.4. Os Informantes e Suas Famílias

Quando iniciei minhas visitas ao Ribeirão da Ilha eu ainda era integrante de um grupo de colaboradores do Prof. Nereu do Vale Pereira, que estava coletando dados e fazendo entrevistas para um livro sobre a localidade.

Com este grupo pude ter acesso a algumas famílias que aceitaram participar deste estudo e que inclusive me indicaram outras famílias e até foram minhas referências para conseguir a confiança e a amizade de todos que participaram como informantes.

Muitas pessoas se recusaram e muitas outras até se ofereceram para responder minhas perguntas. Algumas vezes perguntei porque decidiram participar da pesquisa e obtive como resposta que de tudo que já se estudou sobre o Ribeirão, as doenças e os tratamentos ainda eram algo novo, nada havia de publicado e quem em algum momento

esteve por lá investigando sobre o tema, apenas se interessou por uma investigação sobre ervas medicinais.

Antes de qualquer coisa, vale a pena tentarmos analisar o significado de família para o Ribeironense. Creio que foi uma das primeiras coisas que tive de entender a fim de poder realmente iniciar a pesquisa propriamente dita sobre as doenças e os tratamentos.

A família não é composta somente por pessoas que tenham laços de sanguinidade. Os laços de amizade que são perpetuados em decorrência de favores, de compadrismos e de casamentos, podem levar ao aumento da família como a concebemos e que normalmente é composta de pai, mãe, filhos e parentes mais próximos como avós, tios e primos em primeiro grau.

Esta concepção de família faz com que encontremos muitas alianças e famílias com um grande número de pessoas, onde todos se consideram parentes e muitas vezes moram no mesmo terreno construindo casas lado a lado.

Escrever sobre como estes informantes se organizam com suas famílias, é também relatar sobre as moradias, seus estilos de construção, o local onde foi construída cada casa e as pessoas que moram ou chegarão a morar nestas residências.

Ao iniciar minhas primeiras viagens pelo Ribeirão da Ilha, deparei-me em um primeiro momento com a rua geral por onde passam os ônibus que servem a localidade. Em alguns trechos, esta rua geral recebe nomes

diferentes, as vezes de politicos que beneficiaram o Ribeirão ou que nasceram e se fizeram importantes entre a população que lá vive.

Esta rua geral se inicia no trevo que separa a estrada que vai para o Morro das Pedras da que vai para o Ribeirão, mais precisamente a sub-região do Alto Ribeirão. E aqui que começa o reconhecimento pelas pessoas da comunidade, do que eles denominam de moradias do "povo daqui" e moradias da "gente de fora".

As casas das pessoas que nasceram e sempre viveram no Ribeirão, se destacavam por não terem numeração até o final de 1990. Algumas destas casas seguem características tipicamente açorianas e com detalhes curiosos como o **"peito de pomba"** (2) nos telhados, duas cozinhas, uma dentro de casa e outra fora, a porta da entrada principal abrindo no lado da casa e não na frente e um conjunto de casas em um mesmo terreno, sendo o reduto de várias gerações de uma mesma família. Estes terrenos que podem ser de 1000 metros e as vezes muito mais do que isto, vão formando pequenas vilas de pais, filhos, netos avós, compadres, amigos sem família, etc.

Aparentemente, as relações entre os membros de uma família que moram nestas "vilas" parecem amigáveis e solidária, principalmente durante as intercorrências de

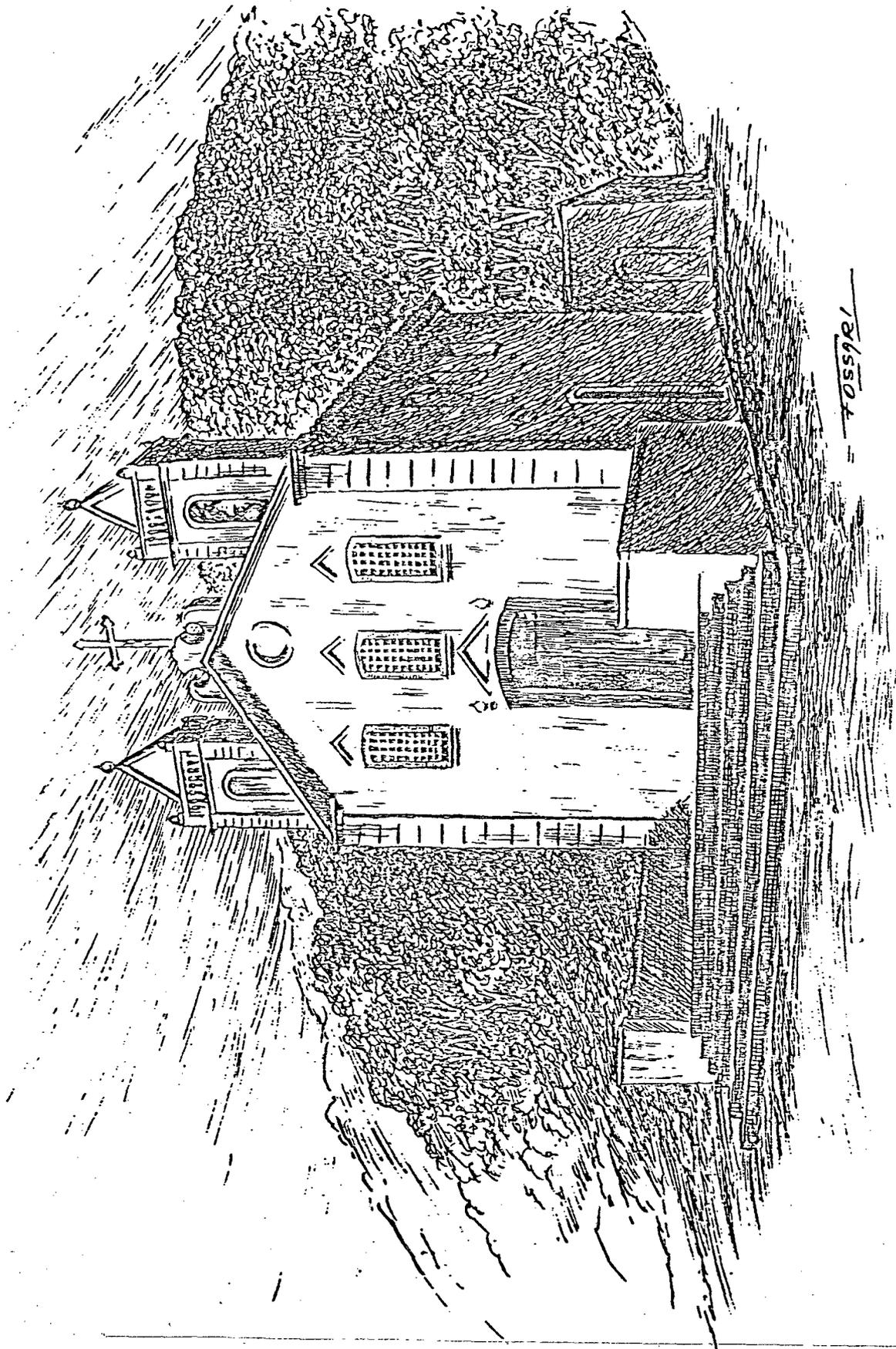
(2) *Peito de Pomba é um detalhe encontrado nos beirais dos telhados, que tem o formato de uma pomba descando.*

doença, financeiras, etc. Também percebi que apesar de haver um acordo mútuo quanto ao uso do terreno e a construção de casas, existe certa insegurança com relação aos direitos de cada membro, enquanto a situação não é formalmente legalizada.

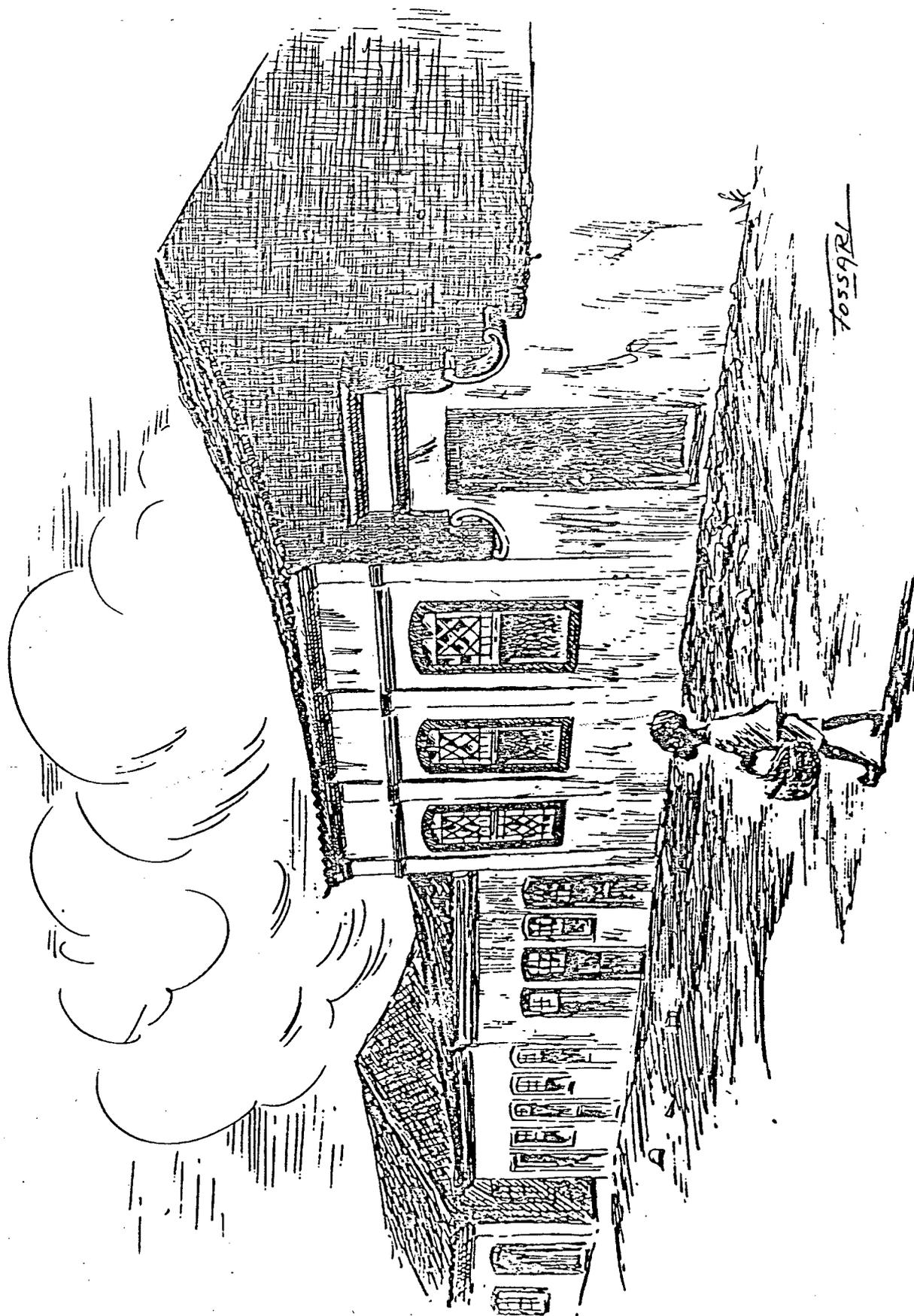
Quanto à direção e chefia familiar, no Ribeirão o homem é considerado o chefe natural, entretanto, a pessoa mais velha representada pelo avô ou pela avó, são ouvidas e muito respeitadas durante conflitos, decisões importantes, apaziguamentos, etc.

Estas pessoas mais velhas é que em sua maioria, com relação aos informantes deste estudo, eram as possuidoras legais dos terrenos onde se instalavam os parentes consaguíneos e não consaguíneos, sendo que quase toda ordem familiar gira em torno da casa onde moram estas pessoas. Assim, na casa maior, ou melhor na casa principal, se realizam as refeições e se decide sobre passeios, visitas, organização de festas, educação dos filhos e o compartilhamento de bens materiais, bem como tratamentos e cuidados de saúde durante os processos mórbidos.

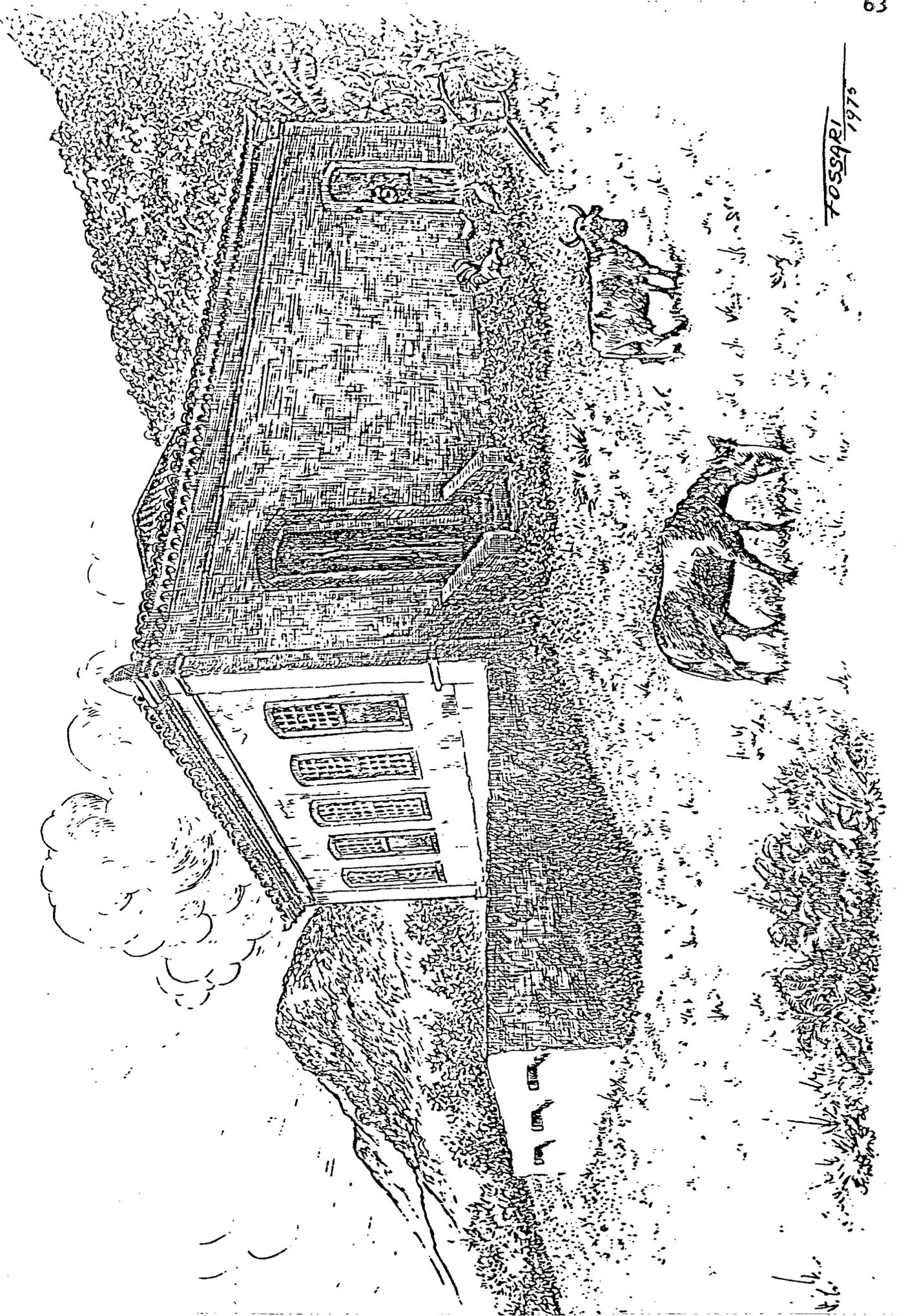
Quanto à questão de saúde e doença, é comum a participação dos compadres e amigos mais íntimos, mesmo os que não compartilham da mesma moradia, nas decisões e avaliações dos cuidados que devem ser prestados ou procurados nestas ocasiões. Nos capítulos posteriores, analiso como funcionam estas relações, quanto as percepções de saúde e doença e os cuidados a estes doentes.

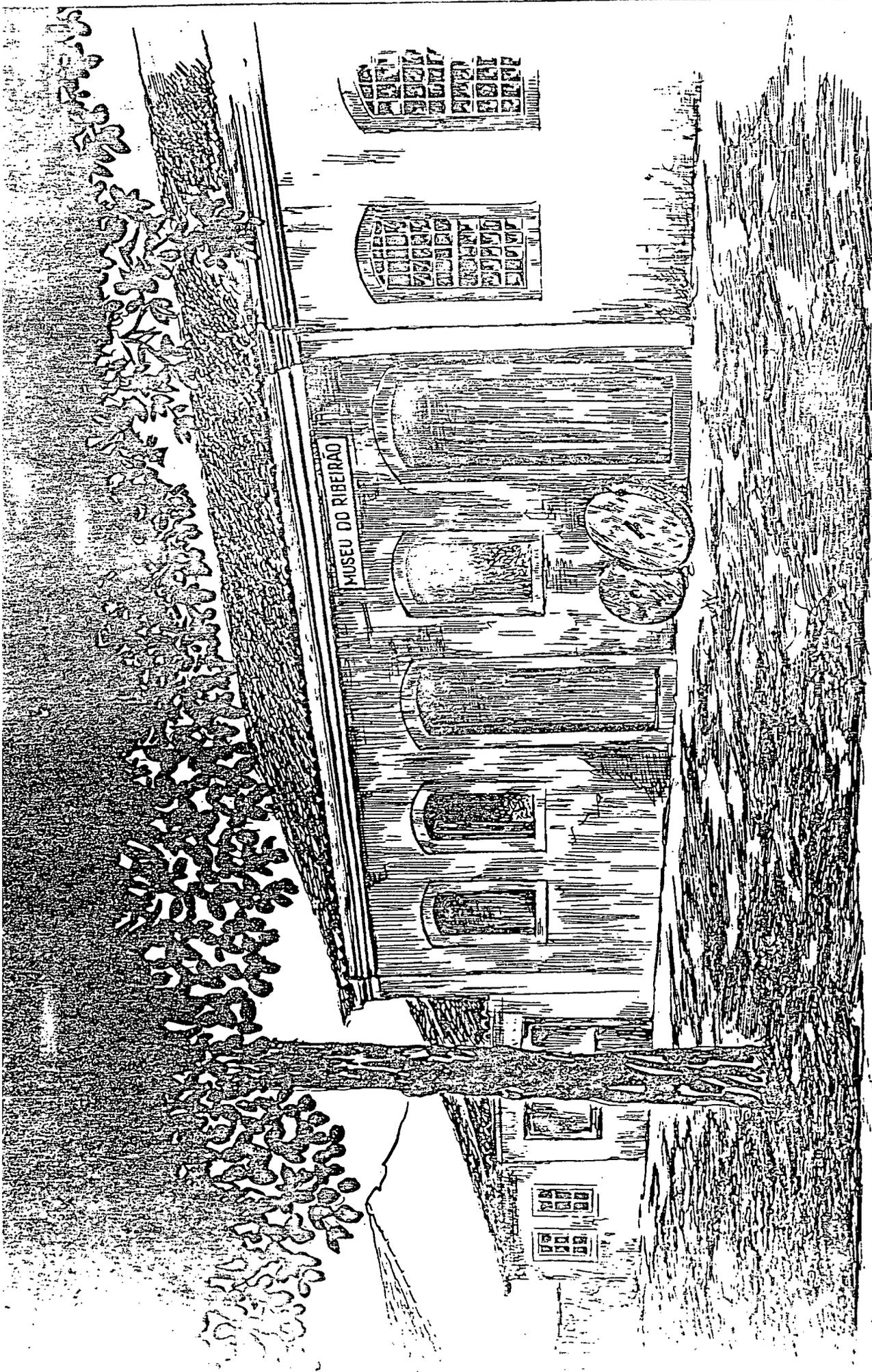


Fossar

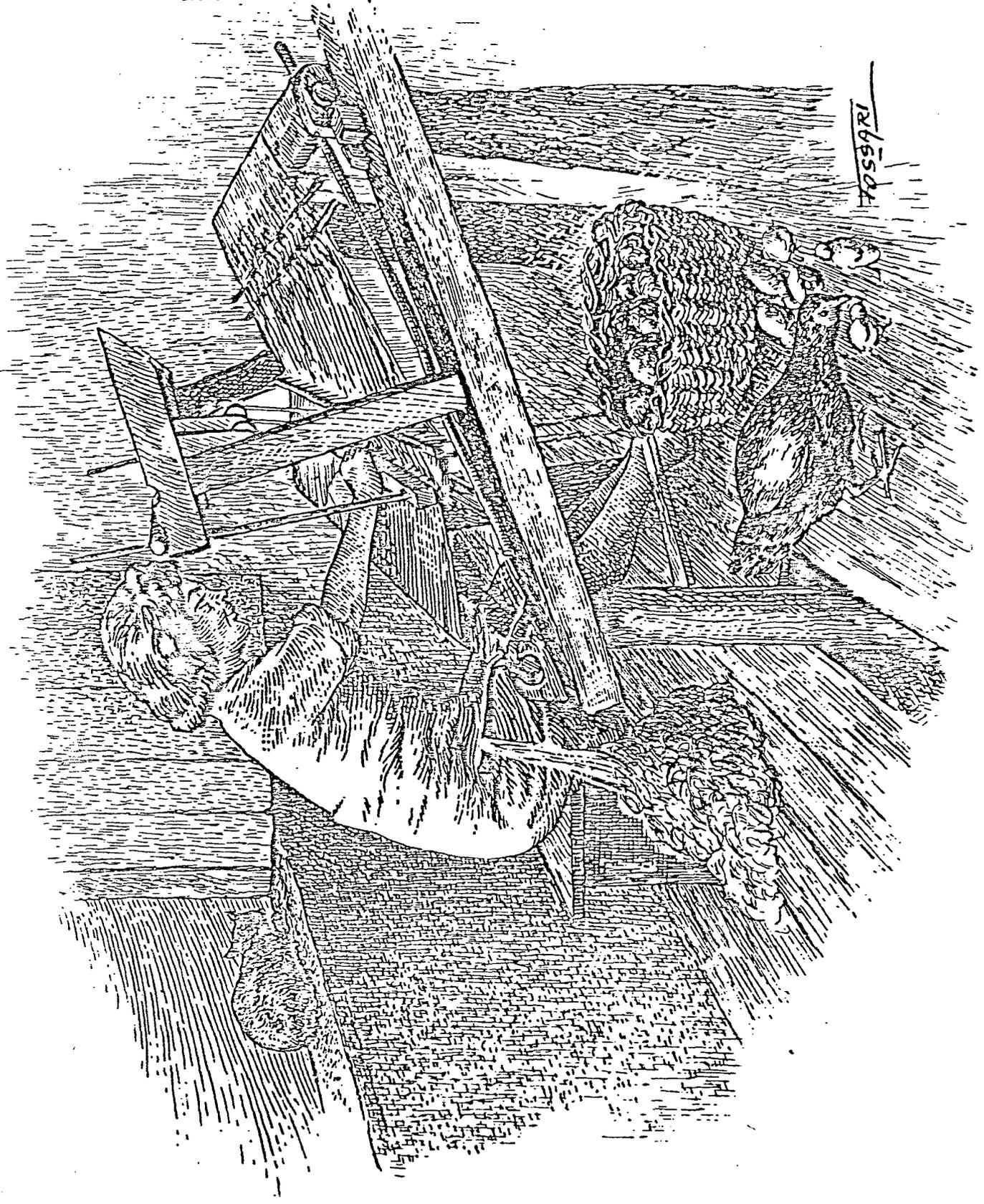


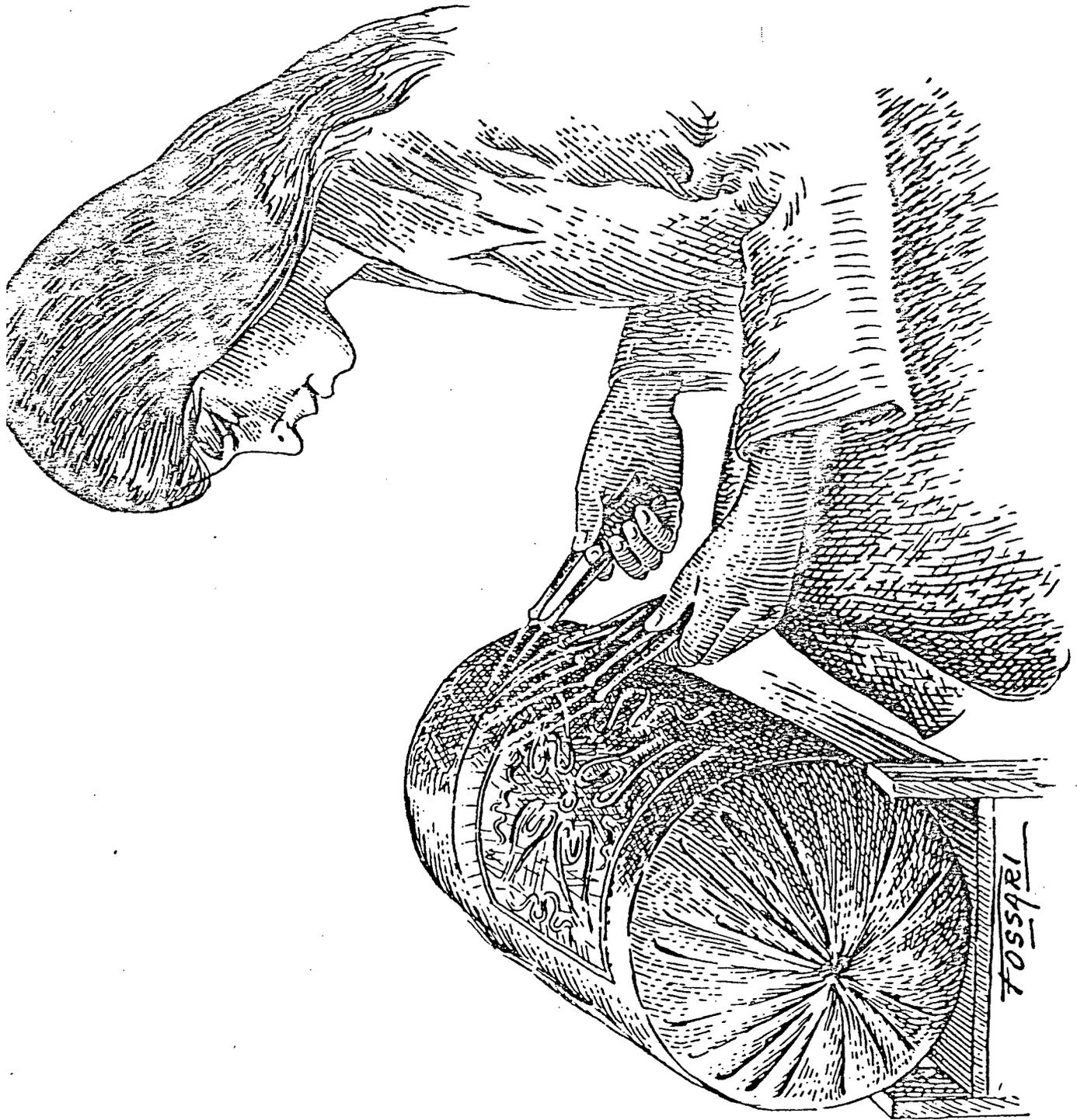
FOSSARI 1979





Fossari





Rendeira trabalhando na almofada com os bilros. Ilha de Santa Catarina. Recife.



CAPITULO 4

AS DOENÇAS

CAPITULO 4 - AS DOENÇAS

4.1. As Percepções de Saúde e Doença

Seria muito difícil fazer uma análise sobre as doenças Ribeironenses, sem que não me remetesse aos discursos que me foram repassados nas entrevistas concedidas, que revelam muito a respeito do universo dos informantes e do lugar que estes ocupam neste universo.

Estes discursos, principalmente aqueles relacionados com as doenças, descrevem, a meu ver, o pensamento destes informantes, seus medos quanto a ficarem doentes e como sobreviverão a partir de então. O estar fisicamente incapacitado em decorrência de sintomatologia que reconhecidamente revela uma doença, faz o indivíduo se amedrontar e procurar as causas possíveis para este acontecimento, bem como as práticas terapêuticas que possibilitarão a cura no menor tempo possível. Todos estes acontecimentos se fazem refletir na vida da pessoa que fica doente e de todos que fazem de seu universo: sua família, seus vizinhos, seus amigos, todo o universo cósmico que o rodeia.

COSTA (1978), tem um estudo que demonstra a interligação que o trabalhador faz de seus problemas de saúde com tudo que o envolve dentro da sociedade em que está inserido, isto desde sua situação profissional e suas dificuldades de sobrevivência, até questões que envolvam relacionamentos familiares, de amizade, etc.

Acredito que o que pude recolher em termos de dados sobre a percepção de saúde e doença, também estão dentro deste pensamento, uma vez que as doenças são parte do contexto histórico e social de cada família com quem mantive contato. Existe uma íntima relação entre o que se pensa que seja doença e o que eles fazem em termos de crença religiosa, convívio entre vizinhos, a alimentação do dia-a-dia, as atividades profissionais, as atividades domésticas e de lazer.

- "Uma pessoa doente é uma pessoa inutilizada, num come direito, num sai de casa, num pode trabalhá. O corpo da pessoa fica muito fraco prá trabalhá, prá cuidá da família. A pessoa fica doente porque sofreu mau-trato, fez coisa que num devia quando novinho, num descansou e nem se cuidou, as vez é por falta de dinheiro e aí a preocupação fez ficá doente. Até briga com vizinho pode trazé desgraça e doença". (Sr. Alberico, 72 anos, FAM-11)

- "Olhe, na verdade a doença é algo muito complicado de ser explicado. Talvez você nem entenda, mais doença pode acontecer por causa de forças que estão fora deste mundo. As vezes uma criancinha é olhada muito por uma pessoa, e esta pessoa tem o dom ruim de fazer tudo ficar sem vida, doente, aí a pobre da criança pode até morrer". (D. Iracema, 60 anos, Informante Não Fixa)

- "A gente sabe quando alguém está doente. Basta ver que a pessoa não tem forças prá trabalhá e trazé o sustento da casa. A aparência é horrível, num come direito, não se anima mais prá nada" (D. Claudete, 51 anos, FAM-04)

- "Minha filha, doença de verdade é aquela que não te deixa ânimo prá trabalhá. Não sai nem do fundo da cama. Se é ho-

mem e mulhé feita, fica sem força prá trabalhá e se é criança, num brinca, num come e nem ri". (D.Neide, 29 anos, FAM-03)

Pelos depoimentos, é possível observar que os informantes apresentam discursos semelhantes sobre o que é está doente. Porém, foi possível observar em algumas famílias, que algumas doenças eram vistas com percepções distintas quanto à origem e formas de tratamento. Embora a percepção sobre saúde e doença seja algo mais ou menos comum entre eles, existem maneiras diferentes de vislumbrar determinadas doenças e situações.

É claro que o nível de educação e a idade de cada informante tem muito a ver com estas diferenças de opiniões. As famílias e os informantes, possuíam escolaridades e idades diferenciadas, havendo muito o confronto entre os jovens e os velhos, o analfabeto e o universitário, o que está constantemente fora da comunidade trabalhando e o que permanece quase que sempre no mesmo círculo de convivência.

Também é possível observar através dos depoimentos, que para o Ribeironense, a saúde é um estado de bem estar, onde se pode trabalhar, brincar, caminhar, etc. A doença está relacionada a distúrbio, seja físico e/ou espiritual, que incapacita para o trabalho e demais atividades diárias.

É claro que não será qualquer sofrimento que levará a uma doença. À exemplo dos Itapuaenses estudados

por MAUES (1990), uma simples indisposição que não conduz a uma situação mais séria, não será categorizada como doença. Ou seja, enquanto esta indisposição não incapacitar para o trabalho e exigir um tratamento considerado mais sério, não é doença.

Esta indisposição no Alto Ribeirão tem o nome de **Incômodo**.

Para os Ribeironenses o Incômodo (ou Incômado), não é uma doença, mas deve ser tratado a fim de que não se transforme em tal.

- "O incômado é como se a gente fosse prevenido que pode ficá doente. A gente sente uma dorzinha aqui, um mal ali, nesse caso a gente tem que pensá que isso num é normal, que tem que ter um motivo prá as pessoas sentir o incômado". (D. Araci, 53 anos, FAM-06)
- "O incômado num é doença, é comu um aviso prá pessoa se cuidá, ela tem que se tratá, dá mais em mulhé "sintida". É um mal que a pessoa pode pegá por causo de briga, confusão, pegá muito sol, vento ou chuva e quando a pessoa num faz resguardo". (D. Célia, 78 anos, FAM-19)

Para as famílias, principalmente as mulheres, o incômodo vem para avisar, prevenir sobre a possibilidade de doença. As causas de um incômodo podem estar relacionadas ao tempo, as emoções fortes provocadas por desentendimentos, sustos, etc.

Alguns incômodos que me foram citados como comuns no Alto Ribeirão foram: **Sol na Cabeça, Friagem na Barriga, Dor nos Ossos, Vaqueza do Pensamento e Inchaço nos Pés**. Estes incômodos podem ocorrer mais em uma determi-

nada idade do que em outras, em alguns momentos na mocidade, antes e durante a menstruação, ou durante os anos próximos à menopausa e em homens e mulheres na velhice.

O Sol na Cabeça foi um dos incômodos que mais me chamaram a atenção, nunca em nenhum momento encontrei na literatura algo a respeito. Os Ribeironenses caracterizam este incômodo como sendo um fenômeno que ataca mais as mulheres jovens com problemas menstruais reconhecidos como graves (1) e mulheres na menopausa. Os sintomas característicos são: "um brafeiro nos olhos e uma pedra no meio da cabeça" que terminam por levar a pessoa a ficar nervosa ("nervos atacados", "nervo abalado", "ataque").

A Vagueza no Pensamento, ocorre muito frequentemente em mulheres com menos de 50 anos, casadas, com filhos e que são consideradas "nervosas". O problema se apresenta após uma "crise" ou "ataque", a mulher fica com o "pensamento devagar", esquece nomes e pessoas, datas importantes e durante alguns dias "anda meio sem rumo pela casa".

- "A minha Sandrinha sempre foi uma pessoa muito nervosa, desde pequenina. Ela já tinha crise quando era mocinha, o pai deixava ela nervosa, vigiava ela e, olhe, que Deus me perdoe...Mais eu acho que aquele desgraçado queria dormir cum a minha Sandra. Da vagueza prá este estado que ela tá hoje foi um passo".(D. Petronila, 72 anos, FAM-02)

(1) São reconhecidos como problemas menstruais graves: a falta de regras (recolhimento), hemorragias, cólicas e vômitos antes e durante a menstruação.

Estes e outros incômodos não são tratados por médicos; a benzedeira trata dos incômodos que afetam a cabeça e a curandeira, com muitos chás e emplastros, dos incômodos em outras partes do corpo. A benzedeira termina sendo mais procurada porque os incômodos que afetam a cabeça são os que mais ocorrem e os que assustam mais as pessoas.

Os incômodos como os descritos acima são muito temidos porque existe um medo grande de se ficar com a doença dos nervos. Ser considerada uma pessoa doente dos nervos, é ser caracterizada como uma pessoa desorientada e " encostada ", incapaz de enfrentar situações críticas.

- "Este meu genro é "nervoso", às vez tenho minhas dúvida, mais basta ter uma contrariedade, um desgosto, e ele se disorienta, fica encostado sem podê trabalhá. Tenho pena de minha filha, um home assim num pode sustentar os de casa, num serve prá coisa alguma". (D.Benta, 70 anos, FAM-09)

DUARTE (1986), coloca como as pessoas nervosas são tidas como indivíduos que precisam constantemente de serenidade, repouso e paz, a fim de poderem manter uma vida que seja considerada como dentro dos padrões normais de comportamento. No entanto, elas sempre, mesmo quando fora das crises, são enquadradas como doentes.

E acredito, que esta seja uma das razões mais fortes, para os Ribeironenses se precaverem dos incômodos que afetam a cabeça. Ao mesmo tempo, pude constatar

em minhas conversas com "Sandra" (FAM-02) e "Roberto" (genro de D. Benta, FAM-09), que estes incômodos e a doença dos nervos, também são como válvulas de escape ao cotidiano duro, cansativo e repetitivo de suas vidas.

- "Olhe, sei que não é bom estes meus ataques, mais por um lado, parece que todo mundo só repara que eu existo quando fico assim. Se eu me deito depois do almoço e tou bem, acham que estou bancando a mandriona, mais se eu com estas coisas, deixam eu descansar." (D. Sandra, 42 anos, FAM-02)

Alguns autores presumem que isto se deve não só à questão do escape, mas a questões econômicas, uma vez que estas pessoas podem ser aposentadas por distúrbios psiquiátricos e receberem uma aposentadoria bem antes de completarem os anos legais de tempo de serviço em nosso país.

Com relação às doenças, existe uma opinião comum entre os Ribeironenses, quanto à insistência em afirmar que as doenças atuais são bem piores que as de antigamente. BERNARD (1986) coloca que, entre os "campesinos" e também entre os indígenas com quem conviveu para realizar um estudo sobre doenças, era também comum as afirmações que faziam sobre como as doenças do passado eram bem menos piores que as atuais, porém reconheciam, e nisto também os Ribeironenses, a importância das mudanças quanto à higiene, à existência de postos de saúde, melhores meios e vias de transporte, etc; são mudanças reconhecidas como importantes e como parte do que reco-

nhecem como uma melhoria nas condições de vida na comunidade.

Os suportes, que para mim são estas melhorias dentro da comunidade, é que fazem a diferença entre o passado e o presente, e entre as atitudes de cada família que tenha um doente em casa. Esses suportes no Ribeirão são: os cinco postos espalhados pelas sub-regiões, a facilidade de transporte para vir a qualquer hospital, posto ou clínica de Florianópolis, a construção de fossas, a limpeza semanal das ruas, a coleta de lixo, etc.

4.2. As Causas e os Agentes de Doenças

Nos reportando às idéias e teorias de doenças, percebemos que entre os vários grupos humanos existe uma relação forte entre a doença, a religião, a natureza e o homem. Os indivíduos querem de alguma forma encontrar uma causa para os seus sofrimentos, uma justificativa para a desordenação do equilíbrio e da ordem natural das coisas.

No Ribeirão, as famílias possuem diversas explicações e percepções às possíveis causas de doenças. Quando comecei a analisar os dados sobre as doenças ocorridas em cada família, verifiquei que, quando eles discursavam sobre suas doenças, havia sempre uma história sobre como a doença tinha se iniciado e quase sempre era algo a ver com fatos passados. E junto também havia

toda uma história mais atual de como aquele passado influenciava quanto aos problemas de saúde no presente.

Refletindo sobre estas histórias de doenças, percebi que estas doenças eram explicadas em função de causas presentes e passadas e estas causas refletiam não somente o "como" a doença se instalava, mas "que" ou "quem" a provocava e "por que" o fazia.

Quando se trabalhou no capítulo 1 com o tema causas místicas e não místicas, retomei da literatura antropológica dados sobre grupos que acreditam em doenças onde agentes externos e internos ao corpo, de uma forma deliberada são seus causadores, podendo uma doença possuir mais de um agente causal.

Entre as famílias do Alto Ribeirão, uma doença pode ter mais do que uma única causa. E isto ocorre, a meu ver, porque uma única explicação não responde a todos os questionamentos que normalmente ocorre quando do aparecimento de uma doença.

- "Os antigo já diziam, doença pode vir por vários motivos, uns são da terra, é normal, doença fácil de tratá; outros são de coisas estranha ao poder da terra e dos homens. Ai a forma de tratá é mais difícil". (D. Adélia, Informante Não Fixa)

Assim, tendo em vista as distintas causas de doenças que me foram repassadas, optei por classificá-las como causas Naturais e causas Místicas, para demonstrar de forma mais didática os dados que colhi sobre as causas e os agentes de doenças. Sei que não totalizarei

neste estudo todas as causas possíveis de doença, mas colocarei aquelas causas mais reconhecidas, mais faladas pelos informantes durante as entrevistas.

4.2.1. Causas Naturais

As doenças que explico como tendo causas naturais se caracterizam por apresentarem justificativas que são tidas como comuns, que explicam facilmente os mecanismos de instalação da doença, que agentes estão envolvidos e que são sanadas dentro de um prazo considerado satisfatório (2).

Como causas naturais encontrei:

1. Causas Ligadas a Alimentação

Entre as muitas maneiras de se resguardar e evitar doenças, está o uso definido para alimentos considerados "leves", "frios", "quentes" e "pesados" (reimosos). O não comer também é considerado perigoso e o sintoma de algumas doenças de origens distintas. Existem alimentos que podem ser consumidos sempre, porque são reconhecidos como "leves" e outros, para que a pessoa não seja acometida de doença ou incômodo, não poderá ser consumido durante os períodos de resguardo (3).

(2) Quando digo "prazo satisfatório", refiro-me ao retorno do doente às atividades que desempenha.

(3) Resguardo no Rôbeirão se refere a descanso para restabelecimento, após cirurgias, após partos, durante o período menstrual e nas situações de transição (nascimento, puberdade, gravidez, doenças terminais, menopausa, velhice, etc.).

Algumas explicações são necessárias sobre esta classificação dada aos alimentos.

Os alimentos "leves", são aqueles que podem ser consumidos durante o restabelecimento de uma doença, no puerpério, durante o período menstrual, após cirurgias, etc. Estes alimentos se caracterizam por serem pouco gordurosos, não possuem propriedades consideradas inflamativas e, em sua maioria, são vegetais e animais mantidos no quintal da família.

Os alimentos "pesados" ("reimosos") são o oposto dos "leves". Possuem muita gordura, levam a inflamações facilmente; no caso de animais, são aqueles que ingerem qualquer produto como alimento; no caso dos vegetais, são aqueles que recebem adubação e produtos químicos indiscriminadamente ou são tidos como ácidos. Ainda sobre os animais, é interessante esclarecer que no Ribeirão, existem aqueles que são categorizados como animais "sujos" (porco) e "carregados"(4) como o peixe papa-terra e a tainha.

Os alimentos "frios" e "quentes", podem se encaixar como tendo propriedades de "leves" ou de "pesadas". Normalmente esta relação "quente" e "frio" pouco tem a ver com a temperatura que provocam no corpo das pessoas (5).

(4) Os alimentos tidos como carregados, em sua maioria também são "pesados" ou "reimosos" e o termo é mais utilizado para peixes e frutos do mar.

(5) HARWOOD (1971), demonstra como é importante o res-

No Ribeirão muitos cuidados são tomados com relação a alimentação. As pessoas tem medo das misturas alimentares desconhecidas e de comer alimentos "quentes" e "pesados", mesmo quando não estão com problemas de saúde ou de resguardo. O horário que esta comida será ingerida também é importante, a noite evitam-se as comidas consideradas perigosas, as refeições após as 18:00 horas são quase sempre "leves" e "frias" (6).

- "Não se deve comer de tudo, a minha fraqueza sempre foi comer aquelas comida quente, uns cozido de tutano, fora as carregada, papa-terra, tainha com ova, feijão. E eu comia tudo isso e saia por ai ou ia lavar roupa no tanque, não reposava, mesmo agora quando as regra estão indo embora, de vez em quando me pego fazendo estripulia".(D.Jandira, 54 anos, FAM-17)
- "Acho que ganhei isso da família do pai, eles sempre utilizaram muita pimenta na comida, ...as comidas cheias de tempero. Eu gosto tanto que agora tá me fazendo mal. Esse negócio de comer coisa pesada e quente é doença certa".(D. Augusta, 32 anos, FAM-19)

peito pelos grupos que possuem classificação de quente e fria para suas doenças. Isto porque o tratamento requer uma dieta alimentar onde o alimento a ser fornecido ao doente, deverá ter uma classificação oposta à doença. Por exemplo: doenças classificadas como frias em Porto Rico, são tratadas com medicação e alimentos reconhecidos como quentes, ao passo que as doenças quentes são tratadas com substâncias frias

- (6) Leves por causa da aproximação da hora de dormir, "não pode dormir com a barriga pesada, vai tudo prá cabeça"; Frias, porque uma comida quente entraria em em choque com a friagem da noite.

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS

<u>ALIMENTOS</u>	<u>LEVES</u>	<u>PESADOS</u>	<u>FRIOS</u>	<u>QUENTES</u>
1. GALINHA CAIPIRA	X			X
2. FRANGO CAIPIRA	X		X	
3. TAINHA		X	X	
4. PAPA TERRA		X	X	
5. CORVINA	X		X	
6. ANCHOVA	X		X	
7. ARRAIA		X	X	
8. BAGRE		X	X	
9. PESCADINHA	X		X	
10. PORCO		X		X
11. VISCERAS		X		X
12. ARROZ		X	X	
13. FEIJÃO		X		X
14. LARANJA		X	X	
15. MAÇA	X		X	
16. ABACAXI		X	X	
17. MELÃO MELANCIA		X	X	
18. ABACATE		X		X
19. PINHÃO		X		X
20. MILHO		X		X
21. REPOLHO		X	X	
22. COUVE MANTEIGA	X		X	

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS

<u>ALIMENTOS</u>	<u>LEVES</u>	<u>PESADOS</u>	<u>FRIOS</u>	<u>QUENTES</u>
23.PEPINO	X		X	
24.PIMENTA		X		X
25.TOMATE		X		X
26.PIMENTÃO		X		X
27.CENOURA	X		X	
28.BATATA	X		X	
29.BATATA DOÇE		X		X
30.RABANETE	X		X	
31.ALFACE		X	X	
32.SALSA	X			X
33.CEBOLA		X		X

2. Causas Ligadas ao Ambiente e a Higiene

Outras causas que pude perceber nas entrelinhas dos discursos estavam relacionadas ao ambiente e a regras de limpeza e higiene.

No que se refere ao ambiente, a natureza destas causas se relacionam mais especificamente ao tempo com suas mudanças climáticas constantes e aos horários reconhecidos como perigosos, como o meio-dia, o cair da noite (a partir das 18:00 horas) e a hora do sereno (entre 22:00 horas e meia-noite). Para os informantes, o vento sul, as chuvas de verão, o sol muito quente, o sereno da noite, podem ser fatais para crianças e velhos, bem como podem provocar incômodos e doenças em pessoas de outras faixas etárias.

A meu ver, a doença tendo por causa elementos da natureza como o ambiente e o clima, demonstram a fragilidade dos corpos que, quando em contato brusco com as alterações do meio, tendem a desenvolver em alguns casos fenômenos patológicos.

- "O tempo frio, essa chuva, essa friagem. Tudo que é criança por estes lado só tem essa doença no inverno e quando ele é muito bravo aí a coisa piora".
(D. Osnilda, 64 anos, FAM-07)

Quanto às causas relacionadas à limpeza e higiene, estas regras não estão ligadas somente a questões de simplesmente lavar, deixar de lavar um alimento, uma roupa ou o próprio corpo. O sujo e o limpo também estão relacionados a fatores internos. Por exemplos existem

animais que são considerados "sujos", em decorrência do que utilizam para a alimentação, como no caso dos porcos que são tidos como animais que se alimentam de excretas e as vezes até matéria em decomposição. A mesma coisa vale para vegetais plantados próximos a fossas, chiqueiros de porcos e poças de água suja. Estes animais e plantas são sempre associados à sujeira e as pessoas que os ingerem também, por isso é comum dizer-se no Ribeirão "não como nada que me é oferecido por estranhos, não sei de onde ele tirou estas coisas e se é uma pessoa limpa".

Ou seja, o que é considerado "sujo" ou "limpo", não está necessariamente ligado a aparência, limpeza do corpo, da roupa, ou andar de chinelas. Embora estes fatos sejam considerados como necessários a fim de se evitar doenças ligadas ao sistema gastrointestinal, por exemplo.

3. Causas Ligadas a Micróbios

Quanto às causas de doenças relacionadas a micróbios, pude perceber uma certa influência do discurso dos profissionais da Medicina Oficial. Entretanto é diferenciada a concepção de micróbio destas pessoas da idéia do médico que faz consultas e palestras no posto de saúde da Prefeitura e de outras instituições onde procuram assistência desta medicina.

Para eles os micróbios são seres minúsculos e vivos, são como bichinhos que penetram no corpo através da pele, da boca, nariz, orelhas, vagina, ânus. Estes

dão preferência aos velhos e as crianças que vivem em pobreza extrema.

Os micróbio também têm uma outra imagem, uma imagem meio mágica, onde ele é visto como um bichinho pensante, que procura pessoas fracas de espírito, tristes, mal alimentadas e que não temem a Deus. Nos casos em que se considera que o motivo da instalação da doença foi a falta de fé em Deus da pessoa em questão, a doença não tem a ver com pobreza ou outros problemas, ela é simplesmente um aviso ou um castigo.

4. Causas Ligadas à Emoções

Os sentimentos e as emoções tem forte influência como causa de doenças em adultos, principalmente em mulheres, onde são comuns os casos de doença dos nervos, o nervoso ou o nervo abalado. Denominações que possuem significado semelhante. Esta doença é capaz de modificar o comportamento de uma pessoa, fazendo-a "sintida"(7), incapaz de controlar-se e despreparada para enfrentar situações críticas dentro do seio familiar ou na comunidade.

Dois órgãos do corpo humano são tidos como responsáveis por esta fragilidade emocional: o coração e a cabeça. E o que leva estes dois órgãos a serem considerados responsáveis pelas doenças ligadas às emoções, tem

(7) "Sintida", é um termo que designa pessoas sensíveis e tidas como frágeis.

muito a ver com as situações de vida as pessoas. Por exemplo: uma criança que foi gerada e a mãe teve uma gestação considerada difícil, tem amplas chances de se tornar uma pessoa propensa a ter problemas ligados às emoções; outras situações como menstruação recolhida (8), resguardo quebrado (9), sustos, entre outras, também são vistas como propícias a levarem descontrolo emocional às pessoas.

Muitas outras causas poderíamos listar como sendo parte das causas Naturais, entre elas, as causas ligadas ao contato com pessoas, animais e objetos tidos como contaminados; as causas ligadas a situações que são tidas como " estados de transição ", o nascimento, a puberdade, a gravidez, o pós-parto, etc; Todas estas causas relacionam-se às forças da natureza, as relações interpessoais, as emoções e sentimentos, a situação sócio-económica. Ou seja, os agentes causais são facilmente identificados, e quando isto ocorre, o itinerário terapêutico é muito mais facilmente traçado pelas pessoas envolvidas neste processo.

(8) Parada brusca do fluxo menstrual.

(9) Pós-Parto doentio, sem recolhimento.

QUADRO II - RELAÇÃO DAS DOENÇAS DE CAUSAS NATURAIS

<u>DOENÇAS</u>	<u>SEXO</u>	<u>IDADE</u>	<u>FAMILIA</u>	<u>ASENTES</u>
<u>ZIPRA</u>	F	30	01	<u>MICROBIOS/ANDAR SEM CHINELAS/GESTAÇÃO</u>
<u>NERVOSO</u>	F	42	02	<u>DESGOSTOS COM O PAI E O MARIDO</u>
<u>CORRIMENTO</u>	F	16	02	<u>GESTAÇÃO</u>
<u>ARCA CAIDA</u>	M	3 MESES	02	<u>JOGAR A CRIANÇA PARA O ALTO/DESLOCAMENTO DA COSTELA</u>
<u>ANEMIA</u>	F	30	03	<u>HEMORRAGIA/FALTA DE RESGUARDO/PEGAR VENTO COMER DE RUDO</u>
<u>DOENÇA DE MULHER DAMA</u>	M	23	03	<u>VIDA DESREGRADA/MICROBIO</u>
<u>BICHAS</u>	M	06	04	<u>ANDAR DE FE NO CHÃO/BRINCAR COM TERRA/</u>
<u>CAROÇO NO PEITO</u>	F	60	05	<u>MENOPAUSA</u>
<u>GORDURA NO SANGUE</u>	F	60	05	<u>COMIDAS PESADAS/NÃO SE RESGUARDAR/IDADE</u>
<u>CORRIMENTO</u>	F	60	05	<u>MENOPAUSA</u>
<u>RESGUARDO QUEBRADO</u>	F	29	06	<u>ALIMENTAÇÃO PESADA E QUENTE/ PARTO DIFÍCIL</u>
<u>REBATE</u>	F	29	06	<u>RESGUARDO QUEBRADO</u>
<u>DIABETES</u>	F	72	06	<u>MENOPAUSA/VELHICE</u>
<u>DOR NA COLUNA</u>	F	64	07	<u>MUITAS GESTAÇÕES TRABALHO PESADO</u>
<u>DIARREIA</u>	F	05	07	<u>ALIMENTAÇÃO FORA DE CASA/IDADE/</u>

QUADRO II - RELAÇÃO DAS DOENÇAS DE CAUSAS NATURAIS

<u>DOENÇAS</u>	<u>SEXO</u>	<u>IDADE</u>	<u>FAMILIA</u>	<u>AGENTES</u>
<u>SARAMPO</u>	F	03	07	<u>MICROBIOS/OUTRA CRIANÇA</u>
<u>RESGUARDO</u>				
<u>QUEBRADO</u>	F	26	07	<u>AFLIÇÕES COM A Sogra E</u> <u>O MARIDO/TRABALHAR APOS</u> <u>O PARTO/ALIMENTOS</u> <u>ERRADOS</u>
<u>PARTES</u>				
<u>ARRIADAS</u>	F	68	08	<u>MUITAS GESTAÇÕES</u>
<u>ARCA CAIDA</u>	M	4MESES	09	<u>SER SUSPENDIDO</u> <u>COSTELA DESLOCADA</u>
<u>NERVOSO</u>	M	28	09	<u>TRABALHO NA POLICIA</u> <u>FROUXIDAO</u>
<u>CANSEIRA</u>	M	72	09	<u>PEGOU FRIAGEM DA NOITE</u> <u>NO FEITO</u>
<u>ASMA</u>	M	72	09	<u>CANSEIRA/FRIAGEM</u>
<u>ESQUECIMENTO</u>	M	66	10	<u>VELHICE/FAMILIA</u>
<u>SIFILITICA</u>	M	72	11	<u>VIDA DESREGRADA</u> <u>CASTIGO DE DEUS</u>
<u>SIFILITICA</u>	F	65	11	<u>PEGOU DO MARIDO</u>
<u>CORAÇÃO</u>				
<u>FRACO</u>	M	72	11	<u>SIFILITICA</u> <u>CASTIGO DE DEUS</u>
<u>BRONQUITE</u>	M	08	11	<u>FRIAGEM/VENTO SUL</u> <u>SAIR DE CASA FORA DE</u> <u>MORA</u>
<u>AFOBADO</u>	F	65	11	<u>VELHICE/GARGANTA ESTREIT.</u>
<u>ABORTO</u>	F	30	12	<u>COMER CABEÇA DE PAPA</u> <u>TERRA</u>
<u>HEPATITE</u>	F	50	12	<u>MICROBIO/COMIDA SUJA</u> <u>OUTRA PESSOA</u>
<u>PNEUMONIA</u>	F	15	12	<u>MICROBIO/FRIAGEM</u>

QUADRO II - RELAÇÃO DAS DOENÇAS DE CAUSAS NATURAIS

<u>DOENÇAS</u>	<u>SEXO</u>	<u>IDADE</u>	<u>FAMÍLIA</u>	<u>ASSENTES</u>
<u>CAIDA DOS</u> <u>INTISTINO</u>	F	64	13	<u>COMIDA PESADA/IDADE</u>
<u>RESGUARDO</u> <u>QUEBRADO</u>	F	30	13	<u>LAVAR ROUPA E CUIDAR</u> <u>DA CASA APOS O PARTO</u>
<u>SARAMPO</u>	F	06	13	<u>MICROBIO/OUTRA CRIANÇA</u>
<u>MENSTRUA-</u> <u>ÇÃO RECO-</u> <u>LHIDA</u>	F	13	13	<u>FALTA DE RESGUARDO/LAVAR</u> <u>A CABEÇA/COMIDAS PESADAS</u> <u>E QUENTES</u>
<u>HEMORROIDA</u>	F	21	13	<u>COMIDAS PESADAS E QUENTES</u> <u>FAMÍLIA</u>
<u>BRONQUITE</u>	M	06	13	<u>FRIAGEM/SERENO/GRIPE</u> <u>MAU CUIDADA</u>
<u>ZIPRA</u>	F	36	14	<u>VARIZES/PISADO NO PE</u>
<u>TISICA</u>	F	39	14	<u>VENTO SUL/FRIDO DO RIBEIRAO</u> <u>FRIAGEM/PASSOU FOME</u>
<u>ASMA</u>	F	62	14	<u>ALERGIA A FO/IDADE</u>
<u>PRESSAO</u> <u>ALTA</u>	F	71	14	<u>IDADE/COMIDAS PESADAS</u>
<u>BRONQUITE</u>	F	10	15	<u>MICROBIO/VENTO SUL</u> <u>CHUVA/SERENO DA NOITE</u>
<u>HEMORRAGIA</u>	F	20	15	<u>FALTA DE RESGUARDO</u> <u>COMIDA PESADA E FRIA</u>
<u>PERIDA NO</u> <u>UTERO</u>	F	20	15	<u>COMIDA PESADA E FRIA</u>
<u>CARNE</u> <u>QUEBRADA</u>	F	36	16	<u>A PESSOA</u>
<u>HEPATITE</u>	F	36	16	<u>COMIDA SUJA/OUTRA PESSOA</u> <u>MICROBIO</u>
<u>ALERGIA</u>	F	36	16	<u>A PESSOA/O GIZ DA ESCOLA</u>

QUADRO II - RELAÇÃO DAS DOENÇAS DE CAUSAS NATURAIS

<u>DOENÇAS</u>	<u>SEXO</u>	<u>IDADE</u>	<u>FAMILIA</u>	<u>AGENTES</u>
<u>TISIOA</u>	F	67	17	<u>MICROBIO/COMER POUCO</u> <u>VENTO SUL/FRIAGEM</u> <u>TRABALHO PESADO</u>
<u>CONGESTÃO</u>	F	54	17	<u>COMER ALIMENTO QUENTE</u> <u>E SAIR NA FRIAGEM/</u> <u>RAIVA/AVISO DE DEUS</u>
<u>MENOPAUSA</u> <u>DIFÍCIL</u>	F	54	17	<u>FALTA DE RESGUARDO</u> <u>SAIR NA FRIAGEM</u>
<u>SARAMPO</u>	M	04	18	<u>MICROBIO/CASTIGO DE</u> <u>DEUS AOS PAIS DA CRIANÇA</u>
<u>GRIPE</u>	F	08	18	<u>MICROBIO/ANDAR SUJA</u> <u>VENTO E FRIAGEM</u>
<u>URTICARIA</u>	M	46	18	<u>PLANTA/NÃO LAVAR A MÃO</u> <u>DEPOIS QUE VOLTA DA</u> <u>ROÇA</u>
<u>PRESSÃO</u> <u>ALTA</u>	F	78	19	<u>VELHICE/COMIDAS PESADAS</u>
<u>HEMORROIDA</u>	F	32	19	<u>COMIDA PESADA E QUENTE</u>
<u>TOSSE</u> <u>BRABA</u>	F	20	20	<u>SAIR NO BERENO/SRIPE</u> <u>MAU CURADA</u>
<u>UTERO</u> <u>INFLAMADO</u>	F	20	20	<u>FALTA DE RESGUARDO</u> <u>COMIDAS PESADAS NAS</u> <u>REGRAS/CASTIGO DE DEUS</u>
<u>PNEUMONIA</u>	F	65	20	<u>MICROBIO/IDADE/CHUVA</u> <u>ROUPA MOLHADA/VENTO</u>

4.2.2. Causas Místicas

// No que diz respeito as doenças de causas místicas, embora a maioria delas possa ter um agente desencadeador relacionado à causas Naturais, o que as distinguirá é a natureza pouco comum da doença, com sintomatologia difícil de desaparecer com os tratamentos convencionais e a descoberta do agente de origem da doença relacionado a fatos passados na vida da pessoa doente ou de outros membros da família. //

1. Causas Místicas: alguns exemplos

Com relação às doenças ligada a causas místicas, no Ribeirão estas causas estão relacionadas a embruxamentos, "trabalhos feitos", invejas, despeitos, mau-olhado, maldições, castigos de Deus, etc.

Causas desta natureza são bastante relatadas na literatura antropológica e não antropológica. PUFARELI (1984), relata em sua pesquisa que as causas de doenças ligadas a bruxarias e outros elementos considerados sobrenaturais, são distinguidas facilmente de doenças que possuem outros fatores causais. Ela coloca ainda, que para estas comunidades, estas doenças são as mais graves, de difícil diagnóstico e cura, levando à morte a maioria dos que são acometidos. Nos casos relatados pela autora, o embruxamento é provocado por forças malignas ligadas a " el Diablo", " el bicho" e " el bicho viejo" (pp.246).

LOYOLA (1984), quando trata das doenças reconhe-

cidas como sobrenaturais no município de Nova Iguaçu, denomina-as de doenças espirituais e afirma que nos casos assim reconhecidos, embora o médico seja chamado para auxiliar a família a definir e diagnosticar o problema, somente pais-de-santos e outros especialistas populares é que podem efetivamente realizar tratamentos com resultados satisfatórios.

MÓNTERO (1986), coloca que a crença na bruxaria procura solucionar, fornecer respostas, o por que de um infortúnio se abater sobre o cotidiano de um homem, a ponto de não haver tratamento com os especialistas que tratam das doenças consideradas comuns.

Na Ilha de Santa Catarina, especificamente nas localidades reconhecidas como "interior da ilha", existem muitas narrativas sobre as bruxas que habitavam e ainda habitam a região. MALUF (1989) escreve que a bruxaria se apresenta como uma realidade muito concreta entre moradores da localidade da Lagoa da Conceição:

- "Mais do que fragmentos que sobreviveram ao tempo, ou uma explicação para os mal estares e conflitos da vida cotidiana, a bruxaria se configura em uma verdadeira cosmologia, uma forma dos nativos falarem de seu mundo e de si mesmos"(pp.211).

Na maior parte das entrevistas colhidas, inicialmente nada se falava sobre bruxaria, algumas famílias chegaram a relatar histórias parecidas com as que Franklin Cascaes narrou a CARUSO (1981) em uma série de entrevistas, mas como se elas fossem fábulas, como se não

houvesse verdade nelas. E mais, aos "antigos" sempre era atribuída estas crenças.

Somente com o passar dos meses, quando se criou um clima maior de intimidade com as famílias, é que pude ouvir relatos sobre doenças e mortes atribuídas à bruxarias ou embruxamentos. E estes casos sempre eram atribuídos à mulheres que por quebrarem as normas vigentes, eram tidas como pessoas perturbadoras da ordem, geradoras de conflitos e portanto capazes de praticarem atitudes desta natureza. Recordo que no último mês de minha estada no Ribeirão, é que ouvi os casos que descreverei a seguir:

Caso 1

D. Ana, auxiliar de dentista, embora a contragosto de sua irmã D. Alvinha (FAM-12), relatou-me a doença de sua filha que ela caracterizou como um caso de embruxamento. A princípio ela perguntou-me se eu acreditava ou se já tinha ouvido falar em encostos, mau-olhado e quebrantos. Quando falei-lhe que em minha região, o Nordeste do Brasil, era comum se falar sobre casos que tinham esses nomes, ela se encorajou e falou a respeito do que ela considerava um caso de bruxaria e feitiço, que era a doença de sua filha. Segundo ela há mais ou menos um ano sua filha adoeceu, parou de comer e quando conseguia fazê-lo vomitava sem parar. Sua irmã D. Alvinha, diagnosticou como sendo uma doença chamada anorexia, in-

clusive utilizando o termo que conhecia do jargão médico do posto. Para D. Ana a dedução era outra, para ela era bruxaria. Isto porque, segundo ela, uma mulher sozinha, sem marido e com uma filha moça, vive uma situação tida como perigosa, que levanta a inveja entre as outras pessoas, a ponto de elas procurarem mulheres que possuem o poder de embruxar ou elas mesmas prepararem "trabalhos" com o intuito de prejudicar e trazer infelicidade. Em seus relatos, ela coloca, que logo que a menina apresentou indícios de que estava embruxada, lembrou-se de uma missa que havia participado com a filha, onde havia uma mulher que elogiou demais a beleza da mesma. D. Ana afirma que a mulher levou um fio de cabelo da filha, para com estes fios fazer um embruxamento de definhamento e morte.

- "Na época eu não liguei muito, mais quando eu vi a minha filha toda se acabando é que eu comecei a ligar tudo que ocorreu naquela missa"(D. Ana, 48 anos, FAM-12).

Caso 2

Em um outro relato feito por D. Benta (FAM-09), ouvi que as bruxas moram para o lado da Caiera e Naufragados, sub-regiões do Ribeirão menos povoadas e bastante distanciadas do Alto Ribeirão onde realizei este estudo. Para D. Benta hoje é bem mais fácil para elas fazerem suas estripulias, porque ninguém mais acredita nelas. Ela mesma foi embruxada há mais ou menos 10 anos e so-

mente o marido fez caso de sua história, mandando-a ir a uma benzedeira quando viu que médicos não resolveriam o caso. Também foi necessário descobrir quem a havia embruxado para ela ser totalmente curada, embora D.Benta afirme que somente se tranquilizou quando soube da morte da pessoa que lhe mandou o embruxado.

- "A história de meu imbruxado num parecia ser isso. Eu comecei a num pude dormir direito, num sentia vontade de comer. No início eu num sei se foi por causa da chuva que levei, aquilo num parecia chuva de Deus, era chuva de incomenda...D.Ana que rezou im mim por 6 mes, falou qui era coisa da mãe Albina, qui antes mesmu di eu ficá mocinha tinha posto maldição em nós lá de casa, porque num havia casado cum meu pai"(D.Benta, 70 anos, FAM-09).

Caso 3

D.Aldina (FAM-13), quando me falou de bruxas, fez um relato de vários fatos ocorridos com pessoas que a procuravam para serem benzidas porque estavam com espíritos ruins ou porque haviam sido embruxadas por alguém. Segundo ela, uma vez lhe apareceu uma mãe que estava com um bebê de colo, que não tinha mais do que 4 meses, esta criança, sem estar com a arca caída e outros problemas comuns nas crianças, apresentava uma tristeza muito grande, um olhar muito vivo mas ao mesmo tempo, totalmente parado, só fixando as pessoas. Também já não comia direito e nem dormia. D. Aldina então teve que descobrir com simpatias e adivinhações o que ou quem estava matando aquela criança.

- "Foi de muito trabalho descobrir o que tava matando àquele bichinho. Mais eu que sempre tive cum Deus, descobri. A noite fiz uma adivinhação, e vi a sogra daquela mãe, cheia de ódio e despeito, jogando ruindade no destino da criança. E tudo porque a nora não era de seu gosto, ela queria pro filho um outro destino, um casamento cum outra moça e achava que cum a morte do menino eles iam se separar" (D. Aldina, 71 anos, FAM-13).

Muitos outros casos me foram contados, a maioria relacionados a fatos passados. Alguns informantes chegaram a me contar que hoje já não se fala mais em embruxamentos, que "encostos", "trabalhos", e outras denominações são utilizadas pelas pessoas mais jovens, quando ocorre uma doença que não se consegue uma explicação imediata e a pessoa doente termina por definhando até morrer.

Utilizando ou não as denominações que cito acima, o certo é que entre os Ribeironenses, existe a percepção da existência de doenças que não possuem um explicação natural para que surjam. Estas doenças são geradas a partir dos conflitos entre as pessoas e embora possa ter causas e agentes naturais desencadeando os primeiros sintomas, os fatos, desentendimentos e as relações entre as pessoas em um outro momento, é que vão realmente explicar o processo que ocorre no momento presente.

4.3. As Categorias de Doença

Neste tópico apresento as doenças categorizadas segundo a idade e o sexo. Recordo que inicialmente não dei uma importância real aos informantes quando eles nas entrevistas repassavam a idéia de que idade e sexo também influenciava o aparecimento de estados patológicos. Às vezes, nas conversas que tinha no clube e no botequim do seu Alonso onde quase que diariamente eu fazia minhas refeições, existiam alusões às doenças que eram próprias de crianças, de mulheres e de velhos principalmente. Assim é que pude chegar a esta categorização que descreverei a seguir.

4.3.1. Doenças de Crianças

No caso das doenças de crianças, existe um consenso de que são pessoas susceptíveis e de corpo aberto, isto faz com que as doenças causadas por micróbios, pelo tempo e por mau-olhado, espíritos, etc, se instalem muito mais facilmente.

Quando uma criança adocece e a causa de origem é atribuída a um Castigo de Deus, nesses casos quando a família segue o espiritismo, acredita que o castigo é em decorrência de uma vida anterior desregrada, maléfica, um "carma" (10). Quando a família não acredita em espiritismo

(10) A idéia de Carma, segundo FERREIRA (1986), está relacionado às teorias de transmigração e força geradora do destino de cada homem.

é comum se atribuir a um erro dos pais ou de algum parente, a causa para algumas doenças. Nesses casos o castigo de Deus é para os pais e não para a criança que é tida como <inocente>.

As doenças de crianças mais comuns são as seguintes:

QUADRO III - DOENÇAS DE CRIANÇAS

<u>DOENÇA</u>	<u>SINTOMAS</u>	<u>CAUSAS</u>
<u>1. AFOCAMENTO</u>	<u>ENGASGO, VOMITO</u> <u>AO COMER</u>	<u>GARGANTA APERTADA</u> <u>ENGASGO COM OSSO OU</u> <u>ESPINHA DE PEIXE</u>
<u>2. SAPIÑO</u>	<u>NÃO ENGOLE A</u> <u>COMIDA, LIN-</u> <u>GUA ESBRAN-</u> <u>QUIÇADA, BO-</u> <u>LHAS NO CEU</u> <u>DA BOCA</u>	<u>BICO DO PEITO SUJO</u> <u>MICROBIO, DEIXAR BEIJAR</u> <u>NO ROSTO</u>
<u>3. QUEBRANTO</u>	<u>NÃO COME, MO-</u> <u>LEZA NO CORPO,</u> <u>FICA TRISTE E</u> <u>DE PESCOÇO MO-</u> <u>LE</u>	<u>MAU-OLHADO</u>
<u>4. ARCA CAIDA</u>	<u>ENGASGO, DIAR-</u> <u>REIA, MOLEIRA</u> <u>AFUNDADA, VO-</u> <u>MITO, NÃO QUER</u> <u>COMER</u>	<u>PEGAR A CRIANÇA DE MAU</u> <u>JEITO</u>
<u>5. IMBIGO IN-</u> <u>FLAMADO</u>	<u>VERMELHO, MAU</u> <u>CHEIRO, FEBRE</u>	<u>APARECE DE REPENTE, MO-</u> <u>LHAR O "IMBIGO"</u>
<u>6. PARALISIA</u>	<u>DOR NAS PERNAS</u> <u>FEBRE PESCOÇO,</u> <u>DURO E DOIDO</u>	<u>"E DE CRIANÇA"</u> <u>"DEUS É QUEM MANDA"</u> <u>CASTIGO DE DEUS AOS</u> <u>PAIS</u>
<u>7. DIARREIA</u>	<u>COCO MOLE E</u> <u>DOR DE BARRIGA</u>	<u>LEITE AZEDO</u>
<u>8. BRONQUITE</u>	<u>CHIADO NO PEI-</u> <u>TO, CATARRO,</u> <u>DOR NAS COSTAS</u>	<u>MICROBIO, VENTO, CHUVA</u> <u>PULMAO FRACO</u>

CONT.
QUADRO III - DOENÇAS DE CRIANÇAS

<u>DOENÇAS</u>	<u>SINTOMAS</u>	<u>CAUSAS</u>
<u>9. PNEUMONIA</u>	<u>DOR NO PEITO</u> <u>FEBRE, CHIADEI-</u> <u>RA, CATARRO</u>	<u>GRIPE OU BRONQUITE MAI</u> <u>CURADA, VENTO SUL, BERE-</u> <u>NO DA NOITE, CHUVA, MI-</u> <u>CROBIO</u>
<u>10. BICHAS</u>	<u>"COÇEIRA NA</u> <u>BUNDA", VONTADE</u> <u>DE COMER TERRA,</u> <u>DOR DE BARRIGA,</u> <u>DIARREIA E AMA-</u> <u>RELAO</u>	<u>ANDAR COM O PE NO CHAO</u> <u>COMER COMIDA SEM LAVAR</u>
<u>11. VENTO</u> <u>CAIDO</u>	<u>TRISTEZA, NAO CO-</u> <u>ME, CHORA MUITO</u> <u>E NAO BRINCA</u>	<u>"VEM DE REPENTE", "CRIAN-</u> <u>ÇA E QUE PESA", "QUANDO A</u> <u>MAE FICA MUITO NERVOSA</u> <u>NA GRAVIDEZ</u>
<u>12. SARAMPO</u>	<u>FEBRE, PONTOS</u> <u>VERMELHOS NO</u> <u>CORPO, COÇEIRA,</u> <u>GARGANTA INFLA-</u> <u>MADA, DOR NOS OLHOS</u>	<u>MICROBIO, "TODA CRIANÇA</u> <u>TEM"</u>
<u>13. VARICELA</u>	<u>FEBRE, BOLHAS</u> <u>DOLORIDAS PELO</u> <u>CORPO</u>	<u>MICROBIO</u>
<u>14. TOSSA</u>	<u>TOSSA FORTE E</u> <u>SECA, DOR NO</u> <u>FEITO E NAS</u> <u>COSTAS</u>	<u>GRIPE MAI CURADA, VENTO</u> <u>BERENO DA NOITE, CHUVA</u> <u>PULMAO FRACO</u>

As crianças do Ribeirão, assim como as de Sambaqui citadas no estudo de BASTOS (1990), são tidas como especiais pelas famílias. Os problemas de saúde são tratados logo que aparecem os primeiros sintomas, embora exista um medo muito grande de se fazer o "recolhimento" da doença, caso o tratamento escolhido não seja apropriado.

Com relação às vacinas, que tem por princípio, segundo as orientações da medicina institucional, evitar a doença, não é vista como 100% confiável. Acreditam inclusive que pode ocorrer o "recolhimento" da doença e aumentar o risco de morte em casos de sarampo e tuberculose. Mas, estas opiniões não são unânimes, muitos pais também possuem idéias de que a vacina pode não impedir a doença totalmente, mas graças a ela as crianças tem a doença em uma forma mais branda.

4.3.2 Doenças de Mulheres

Com relação às mulheres, pesquisas feitas por ELSEN (1984), BARRETO (1985) e PELAEZ (1989) entre outros, concordam que nas famílias onde fizeram suas pesquisas, que as doenças categorizadas como sendo de mulheres tem seu início na puberdade, nas primeiras regras e findam com a menopausa.

No Ribeirão da Ilha as doenças de mulheres não fogem a estes detalhes que são parte dos estudos citados acima.

Quando uma menina tem sua menstruação confirmada, as mães e madrinhas orientam cuidados preventivos no intuito de prevenir incômodos e doenças. As meninas são orientadas a não tomarem banhos com água fria ou quente demais, não podem lavar os cabelos, comer frutas ácidas e alimentos reconhecidos como pesados e quentes, sair no sereno, pegar chuva ou chuveiro, ter "vexame" e aflição.

Estes cuidados com a mulher está relacionado a um pensamento das pessoas de que as mulheres vivem uma constante situação de risco, em decorrência da menstruação e do fato de poderem gerar filhos. Isto faz também com que as causas de doenças de mulheres em sua maioria, seja atribuída a fatores Naturais relacionados principalmente a menstruação e a gestação. A menstruação passa a ser o centro das atenções na vida da mulher, e pode ser vista a partir de dois ângulos: o de impureza e o de geradora da semente da procriação.

DOUGLAS (1976) coloca que para os Maoris, a menstruação por exemplo, torna a mulher um indivíduo perigoso para ela e para os outros. Isto porque ela expõe sangue, que tem para eles o significado de uma vida que se perdeu. A mulher grávida entre outros povos denominados Leles, é uma pessoa marginal porque está deslocada do seu normal que é não estar grávida. O feto na barriga da mulher, assim como estar mulher, são constantes perigos, podendo provocar doenças e, entre os Nyakyusas, até redução da safra de cereais.

Entre os Ribeironenses, não existe explicitamente a idéia de poluição e contaminação entre mulheres e homens por causa destes fenômenos biológicos. Entretanto a idéia de perigo para a mulher existe, perigo de ficar doente principalmente. Quanto a contaminação, como coloquei anteriormente, a menstruação é vista como algo impuro, sujo, durante estes períodos as mulheres se abstem

de manter relações sexuais e é comum ouvir entre elas de que é sujo e nojento "ficarem" com os maridos nestas condições. A seguir apresento um quadro com as principais doenças de mulheres que tomei conhecimento.

QUADRO IV - DOENÇAS DE MULHERES

<u>DOENÇAS</u>	<u>SINTOMAS</u>	<u>CAUSAS</u>
<u>1. NERVOSO</u>	<u>DESANIMO, VONTADE DE SAIR CORRENDO, NÃO DOR NA MÍDIA DIREITA, NÃO COMER DIREITO, DOR DE CABEÇA, "VER COISAS"</u>	<u>MARIDO E PAI RUIM, GUARDAR MAGOA, NÃO SE RESGUARDAR NA MENSTRUACÃO E APOS O PARTO, "TRABALHO FEITO", TENDENCIA</u>
<u>2. RESGUARDO QUEBRADO</u>	<u>FEBRE, CALAFRIOS DOR NA BARRIGA, CORPO MOLE, TONTURA, SANGRAMENTO</u>	<u>NÃO SE CUIDAR APOS O PARTO: TOMAR CHUVA, VENTO, SERENO, COMER COMIDAS PEGADAS E QUENTES</u>
<u>3. REBATE</u>	<u>INCHAÇO, VERMELHIDÃO E DOR NO SEIO FEBRE</u>	<u>CRIANÇA QUE NÃO MAMA LOGO, LEITE QUE NÃO DESCE, RESGUARDO QUEBRADO, AFLIÇÃO, FALTA DE APOIO DAS FAMILIARES</u>
<u>4. CALOR DE FIBO</u>	<u>RACHADURAS E FERIDAS NO BICO DO SEIO</u>	<u>"BICO PARA DENTRO", "BICO FRACO", REBATE,</u>
<u>5. ANTOJO</u>	<u>ENJOO, VOMITO, TONTURA</u>	<u>GRAVIDEZ</u>
<u>6. CORRIMENTO</u>	<u>"ÁGUA AMARELADA" NO FUNDO DAS CALÇAS, MAU CHEIRO</u>	<u>MULHER QUE TEM MUITO HOMEM VESTIR ROUPA DOS OUTROS, PARTO RECENTE, NÃO SE RESGUARDAR</u>
<u>7. REGRA RECOLHIDA</u>	<u>NÃO VIR AS REGRAS, DOR DE CABEÇA, NERVOSA, COLICAS</u>	<u>INFLAMAÇÃO, COMIDA REIMOSA MAU-OLHADO, COMER PAPA TERRA, PEGAR VENTO</u>
<u>8. HEMORRAGIA</u>	<u>PERDA DE MUITO SANGUE NAS REGRAS</u>	<u>INFLAMAÇÃO, COMIDA REIMOSA PEGAR VENTO, SERENO</u>

CONT. QUADRO IV - DOENÇAS DE MULHERES

<u>DOENÇAS</u>	<u>SINTOMAS</u>	<u>CAUSAS</u>
<u>9. CAROÇO NO UTERO</u>	<u>"DOR NAS PARTES", CORRIMENTO ESCURO E FEDIDO</u>	<u>MENOPAUSA, INFLAMAÇÃO, "E MAL DE MULHER"</u>
<u>10. ANEMIA</u>	<u>"FICA AMARELA" MOLEZA NO COR- PO, "ZONZEIRA"</u>	<u>HEMORRAGIA, INFLAMAÇÃO NO UTERO, NÃO SE CUIDAR</u>

OBS: Estas doenças me foram citadas como próprias de mulheres jovens; doenças como pressão alta, diabetes, zebra, câncer, reumatismos, bronquites, pneumonias, etc, ocorrem mais em mulheres acima de 50 anos.

4.3.3. Doenças de Velhos

Os velhos, como as crianças, são tidos como frágeis e propensos a muitas doenças como: afogamento, pressão alta, tosse braba, zebra, anemia, carne quebrada, diabetes, reumatismos, bronquites, coração fraco, infarto, gordura no sangue, etc.

Além da fragilidade que todos acham normal em decorrência da idade, o velho é responsabilizado também pelos seus problemas físicos. Uma pessoa que não respeitou as regras de prevenção durante a mocidade, como fazer resguardo na menstruação e após o parto, durante os processos doentes, ou que teve uma vida considerada desregrada, ou ainda que não foi uma pessoa respeitosa com os ensinamentos bíblicos, esta pessoa será acusada de ter sido a causa maior de seus problemas de saúde.

O tratamento das pessoas consideradas velhas não

é visto como uma emergência na mesma proporção com que se tratam as crianças. Não porque se olhe pouco pelos velhos, mas porque se considera que a recuperação não é total, que a idade permite uma tendência a estas doenças e que portanto qualquer tratamento será apenas paliativo.

CAPITULO 5
OS TERAPEUTAS

CAPITULO 5 - OS TERAPEUTAS

5.1 Os Terapêutas Populares

A Benzedeira é das terapêutas mais conhecidas e procuradas por doentes para tratamentos, sendo ela uma " instituição médica " não reconhecida oficialmente, mas reconhecida por pessoas de diferentes classes sociais.

No Nordeste do Brasil a benzedeira também é conhecida pela alcunha de Rezadeira, mas sua função social e as características fundamentais de seu ofício, não diferem, podendo ser facilmente encontrada nos segmentos pobres das favelas do Firambú em Fortaleza, nos bairros de classe média como a Trindade em Florianópolis ou nas caatingas de Piripiri no estado do Piauí.

BARRETO (1985) em sua pesquisa sobre a medicina popular no sertão do Ceará, faz uma análise sobre as muitas terapêuticas populares utilizadas na cidade de Canidé e os muitos tarapêutas populares que atendem a população em diversas situações mórbidas. Sobre a benzedeira ele coloca:

- "C" est la grande institution médicale répandue dans tout le sertão, mais qu'on rencontre aussi inmanquablement dans les circuits médicaux des gens des favelas. La rezadeira, comme son nom l'indique, c'est une "prieuse" (de REZAR : prier), connaisseuse de prières et de rituels transmis de génération en génération. La plupart sont des femmes pauvres ayant dépassé la quarantaine, et bien représentées dans les périphéries urbaines"(pp.68).

A benzedeira como o nome já diz, tem por ofício benzer, rezar, em nome de Jesus Cristo e da Cruz, fazendo este sinal sobre uma pessoa, animal ou objeto e, rezando fórmulas litúrgicas, que segue um modelo cristão comum na igreja católica, com a invocação de Deus e de santos para a cura de pessoas doentes, retirada de encostos e espíritos, trazer sorte e bons agouros.

No Alto Ribeirão, a benzedura compreende uma série de rituais que são repassados de mãe para filha, de avó para neta, de madrinha para afilhada. Nos últimos anos porém, este repasse de informações tem sido mais lento e difícil, as moças já não permanecem na região, as mudanças sociais e econômicas levam-nas desde cedo a viverem outra realidade em Florianópolis. Outros fatores também contribuem para o desaparecimento progressivo destas tradições, como o aumento de serviços médicos institucionalizados na região, a incorporação e aceitação do discurso médico que vê estas terapeutas como charlatãs que realizam tratamentos prejudiciais sem resultados positivos.

Independente do não repasse deste saber, atualmente, a benzedeira ainda é um elemento muito forte e respeitado. Na sub-região investigada encontrei 8 terapeutas especializados em benzeduras, entre eles apenas um representante do sexo masculino, "seu Pedro", benzedeiro que se diz especializado em cobreiros e "carnes quebradas".

Aliás, quanto aos problemas tratados por benzedei-
ras, é importante colocar que a benzedura é empregada
como um recurso às doenças ligadas a embruxamentos, os
incômodos, as doenças não reconhecidas pelo jargão médi-
co como quebranto, arca ou espinhela caída, resguardo
quebrado, rebate, calor de figo, empacho, cobro ou co-
breiro, entre outras. Também auxiliam em tratamentos
de doentes que estão sendo acompanhados por médicos, co-
mo nos casos de zipra, nervos atacados, doença de mulher
dama, bichas, canseira, etc.

Algumas benzedei-
ras como D. Clara (1) utilizam
em seus tratamentos a reza e também remédios e unguentos
(2) preparados para complementa-los. D. Aldina, entre-
tanto só trabalha rezas, mas, segundo ela, a natureza do
problema é que leva à utilização de remédios e que as
doenças e problemas tratados por ela não necessitam des-
te artifício.

No que diz respeito aos rituais de cura, fica
evidente o caráter religioso de seus rituais. O pa-
ciente e sua família procuram a benzedeira, mas existem
casos muito comentados, sobre benzedei-
ras que "adivi-
nham" quando alguém está doente e vai até sua casa.

O ritual pode ser realizado em qualquer lugar,
desde que sem barulho e fora do quarto do doente se este

(1) Todos os nomes aqui citados são pseudônimos escolhi-
dos pelos informantes.

(2) O unguento é um medicamento para uso externo prepa-
rado à base de gordura animal ou vegetal.

puder sair da cama. Todos os dias, a exceção do feriado da sexta-feira da paixão (feriado cristão da crucificação de Cristo), feriado do dia de finados (02/11) e durante o carnaval, são dias próprios e adequados à prática da benzedura. Porém, são levados em consideração os horários, evitam-se os horários intermediários entre um turno e outro, como meio-dia, às 18:00 horas que é considerado um horário perigoso e após às 21:00 horas que é hora das "trevas".

A benzedeira pode colocar a mão sobre a cabeça da pessoa enferma, sobre o peito ou o local que esteja afetado; antes, porém, de iniciar a reza avalia qual o problema, faz perguntas sobre o que a pessoa vem sentindo, observa a pessoa, sua família, questiona sobre brigas, desentendimentos entre parentes, vizinhos, etc.

O momento decisivo é o da confirmação do diagnóstico, algumas vezes se confirmam os receios dos familiares, outras vezes se chegam a conclusões em que a benzedeira orienta a procura de um médico ou outro terapeuta.

Quanto à pessoa da benzedeira, esta profissional atua com propósitos não lucrativos, isto significa a não cobrança de honorários por seus serviços. Na literatura sobre o tema é comum falar-se de benzedeiros como pessoas que, por receio de perder o dom de curar, não cobram. Entretanto, aceita de bom grado presentes, pequenas ofertas em dinheiro, etc. No Alto Ribeirão também prevalece este costume, a benzedeira jamais cobra ao paciente

e a sua família, mas esta lhe presenteia com viveres, mudas de plantas (ervas para chás e temperos), animais domésticos comestíveis, etc. Para a família o pagamento é uma dívida de eterna gratidão, que nenhum membro da família jamais poderá esquecer.

A situação financeira destas pessoas que praticam a benzedura, seja na literatura ou em exemplos concretos observados por mim no interior do Nordeste, quase sempre é de extrema pobreza. Mas, no Alto Ribeirão encontrei uma outra situação. As benzedeadas com quem convivi nesta sub-região eram pobres, mas jamais poderia eu afirmar que seriam pessoas de vida miserável e pobreza extrema. Quando coloco que a situação financeira das benzedeadas nesta localidade é melhor que aquelas a quem observei no Nordeste, me refiro ao fato de que estas, embora tenham uma renda em dinheiro relativamente baixa para a maioria das pessoas que moram nos grandes centros, possuem terras, comercializam legumes, verduras, frutas, artesanatos e outros produtos, ganhando de 4 a 5 vezes o valor do que elas me passavam com sendo o valor de suas rendas.

As pessoas que as procuram também possuem uma condição sócio-econômica que está longe de ser miserável. Embora as famílias mais pobres sejam as primeiras a assumirem que procuram benzedeadas, outras famílias de situação mais privilegiada são também suas clientes.

E, poderíamos perguntar, o que faz uma pessoa e

sua família procurar esta terapeuta?

O saber de uma benzedeira é reconhecido pelas pessoas da comunidade a partir dos casos atendidos com sucesso, da disponibilidade da benzedeira em prestar assistência em qualquer lugar, a qualquer hora, independente de sua vida familiar. No Alto Ribeirão, as pessoas acreditam que é este lado prestativo e até reconhecido como um dom ao sacrifício é que as torna distintas de outras terapeutas, inclusive do médico que somente atende de graça em posto ou hospital do estado, porém, em casa é sempre pagando. Quando uma benzedeira preenche estes requisitos: conseguir curar, ser solidária, prestativa e, principalmente, muito religiosa (3), então existe o reconhecimento de sua existência social.

E como coloca MALUF (1989:156), não basta querer ser benzedeira para tornar-se uma, "não é mágico quem quer" (Maluf citando Nauss), é preciso ganhar a existência social através de laços de confiança entre ela e a comunidade.

Apresento a seguir as benzeduras que gravei durante rituais de cura em que foi permitida a minha presença.

(3) *As benzedeiros que participaram deste estudo eram todas ligadas à "legião de Maria", grupo de mulheres católicas que se encontram semanalmente para reverenciar a mãe de Jesus e auxiliar ao pároco da igreja, na organização de festas religiosas, limpeza da igreja, campanhas de auxílio à pessoas carentes, etc.*

BENZEDURAS

DEFINIÇÃO: "É uma forma de esconjurar o mal, na qual se se aliam várias crenças: no poder de Deus, da Virgem Maria e dos Santos; no poder das palavras cretas para pedir a cura, no poder dos gestos e sinais que acompanham as palavras, e sobretudo na força simbólica dos números; e no poder das coisas naturais, vegetais e animais, que são invocadas e usadas como se fosse um sacramento" (LUPI & LUPI, 1987:69).

1. Benzedura para tirar ARGUEIRO:

"Corre, corre cavaleiro
pela porta de São Pedro
e dissei a Santa Luzia
que mande seu lencinho
prá tirá este argueiro"

Se benze a pessoa afetada fazendo o sinal da cruz

2. Benzedura contra DOR DE DENTE:

"Estava Felônia assentada
numa pedra de mármore,
passou Deus e perguntou:
-Que tens Felônia?
-Senhor, muita dor de dente,
-Se é dor de dente que te passe,
se é bicho que morra,
se é tumor que seque,
em nome de Deus e de São Silvestre"

3. Benzedura para ZIPRA:

"Pedro e Paulo veio de Roma
e encontrou com Jesus Cristo,
Jesus Cristo perguntou:
-Pedro e Paulo de onde vens?
-Venho de Roma senhor.
-Pedro, o que há por lá?
-Oh senhor, muita zipra, muita morte re-
pentina, muita gente que morre dela.
-Volta Pedro e vai curar.
-Senhor, e com que eu curarei?
-Com a lã do carneiro preto e o óleo de
erva oliveira e com isto sarará".

"Nossa Senhora quando andava pelo mundo,
tudo via e tudo fazia, em nome de
Deus e da Virge Maria,
Erisipela deu na pele,
da pele passou prá carne,
da carne passou pro osso,
do osso passou pro tutano,
do tutano passou pro mar,
Permita Nossa Senhora
que a erisipela vá se acabar".

Durante a benzedura a pessoa afetada toma chá de folha de sabuqueiro do reino ou de folha de laranja, a benze-deira então massageia o local com algodão embebido em banha de porco e sal torrado, enrola a perna e durante alguns dias a pessoa com zipra não deve tomar vento

4. Benzedura contra COBRO OU COBREIRO:

"-Pedro o que tens?
-Senhor é cobreiro.
-Pedro, curai.
-Senhor, com que?
-Com águas das fontes
e ervas dos montes (pausa)
seca, seca, seca!"

Faz-se o benzimento passando-se uma rama ou galho pequeno de alecrim no local afetado

5. Benzedura para AFOGAMENTO:

"Home bom,
Mulhé mau
Casa barrida
Esterá rôta
Senhor São Brás
Disse a seu moço
que subisse
ou que descesse
a espinha de seu pescoço".

Coloca-se a mão na garganta e no peito do afogado e faz-se o benzimento tres vezes

6. Benzedura Contra REBATE:

"Home manso
e mulhé braba,
casa barrida e borrifada,
cama de burro
traveseiro de abada,

em nome de Jesus Cristo,
da Virge Maria, amém".

Faz-se a benzedura fazendo uma massagem no seio afetado e passando um pente fino de cima para baixo, o pente deverá ser novo, sem uso anterior

7. Benzedura contra VERRUGAS:

"Berruga, berruga,
primeira vez que te vi,
sai-te daqui
que ainda hoje eu não comi,
nem bebi, por causa de ti,
vou ainda e vim,
quando eu voltar,
não te quero ver aqui,
com este raminho verde
e esta água fria,
em nome de Deus e da Virge Maria".

Benze-se com um ramo verde e um copo de água

8. Benzedura contra CARNE QUEBRADA/MACHUCADA:

"Eu coso se é carne quebrada,
se não é, eu descoso,
eu coso em nome de Deus,
da Virge Maria,
e de São Virtuoso,
Senhor, que tudo quanto emplastasse
sarasse sem ruindade nenhuma,
assim como reza o testamento em lei,
com este novelo te curarei".

Para se fazer a benzedura, pega-se uma agulha virgem e uma linha, começa-se então a costurar imaginariamente o local afetado, levando-se e trazendo a agulha como se estivesse com um pedaço de tecido na mão e repetindo a benzedura acima quantas vezes achar necessário.

9. Benzedura para acabar com BICHAS:

"O poder de Deus Pai,
a sabedoria de Deus Filho,
e a virtude de Deus Espírito Santo,
assim livres será irmão(ã):

(nome da pessoa)

da enfermidade que padeces,
das lombrigas e bichas que comem
a tua carne,
que se convertam em água

em nome de Jesus Cristo Nazareno,
assim seja".

Para a benzedura pega-se 3 dentes de alho e coloca-se num pires misturado com azeite e álcool, esta mistura será passada em torno do umbigo e do peito enquanto se benze a pessoa afetada

10. Benzedura para curar ARCA OU ESPINHELA CAIDA:

"Espinhela caída, portas para o mar,
arcas, espinhela, em teu lugar,
assim como Jesus Cristo
pelo mundo andou,
arcas, espinhela, levantou".

Junto a benzedura deve-se massagear o lugar das arcas e colocar a última arca (costela) no lugar

11. Benzedura para tirar MAU-OLHADO:

"Louva o que trouxeste,
Deus me benza
com sua santíssima cruz,
Deus me defenda dos maus-olhados
e de todo o mal
que me quiserem fazer.
Tu és o ferro e eu sou o aço,
Tu és o demônio,
e eu sou o embaraço,
Padre, Filho, Espírito Santo, Amém".

Algumas benzedadeiras utilizam esta benzedura também, como parte do tratamento para embruxamento

12. Benzedura para que pessoas nervosas DURMAN BEN:

"A cruz de Cristo
venha sobre mim,
quem nela morreu
responda por mim,
espírito mau te retira daqui,
por sinal do céu
e por sinal meu,
bendita a hora
que Cristo nasceu".

A **Curandeira**, é uma terapeuta que acredita ter um dom divino para curar através de medicamentos e emplastros preparados a base de plantas e ervas medicinais, água, terra e argila, e nos casos dos curandeiros espíritas, ainda se utiliza da força dos passes e dos "espíritos amigos" para garantir a cura. No caso do Ribeirão, suas curandeiras não utilizam rezas e nem feitiços para seus trabalhos, a exemplo de curandeiros citados na literatura.

- "E muito difícil fazé o que faço, mais é o distino da gente né mesmo? Desdi qui era piquena sabia disso. Aprendi toda estas coisa sobre planta, e foi dom de Deus"(D.Maria de Lina, 51 anos, FAM-15)

Para este estudo contei com duas curandeiras e um curandeiro espírita. Segundo eles, existem diferenças quanto à forma de atuação dos mesmos. O curandeiro espírita atua de forma parecida à da benzedeira, porque reza nas pessoas doentes, entretanto, além das rezas e preces, ele faz passes próprios do espiritismo de Alan Kardec. Seu "Marquinhos" atende todos os casos que lhe chegam e considera que as doenças vêm em decorrência de males provocados pela pessoa doente em outras encarnações. Este curandeiro, a exemplo das benzedeiras, não cobra honorários pelos tratamentos efetuados. No dia-a-dia é funcionário da Prefeitura de Florianópolis e seus horários de atendimento correspondem ao momento que chega em casa após um dia de trabalho e nos finais de semana

na.

Em vários lugares de Florianópolis e em outras cidades do país, é possível encontrar pessoas que atuam em curas e não cobram por seus serviços, alegando estar em missão divina e portanto não podendo cobrar por dons que não são seus, mas provenientes de Deus. Mas também existem os que cobram, alegando a necessidade de manter-se, visto que deixaram de atuar profissionalmente em outras atividades para dedicarem-se somente a curas.

POLLAK-ELTZ (1981), realizou na Venezuela uma pesquisa sobre curandeirismo e curandeiros, tendo constatado que os curandeiros espíritas eram os mais caros e mais sofisticados que encontrou, atuando em sua maioria nos bairros e centros elegantes de Caracas e tendo como premissa que toda doença era originada a partir de uma força sobrenatural. A maior parte destes curandeiros não eram nativos da região que atuavam e embora, segundo a pesquisadora, parecessem acreditar nos trabalhos de cura que realizavam, terminavam por tornarem-se exploradores porque na maioria das vezes cobravam além das posses econômicas de seus clientes.

Retornando ao seu "Marquinhos", seu sucesso como curandeiro espírita se deve também ao fato de sempre ter tido sucesso em seus trabalhos de cura. Há mais de 40 anos mora no Alto Ribeirão, chegou com 9 anos e segundo os mais velhos, já demonstrava seus dons, tendo curado crianças e adultos somente com o toque de suas mãos.

As outras duas pessoas que atuam como curandeiras não são ligadas ao espiritismo e como a maioria dos terapeutas que encontrei no Ribeirão, não aceitam pagamentos por suas curas, mas não rejeitam presentes como mudas de plantas e ervas medicinais, galinhas poedeiras, ovos, frutas, pequenas toalhas de renda, uma limpeza no quintal realizada por um familiar do cliente curado, etc.

D. Diva tem o segundo grau incompleto e D. Maria de Lina somente até o quarto ano do primeiro grau. As duas se denominam curandeiras e são conhecidas assim pelos moradores idosos do Ribeirão, os mais jovens as reconhecem como pessoas que lidam com plantas e ervas medicinais, mas não as consideram como terapeutas.

D. Maria de Lina foi quem melhor me explicou as diferenças básicas entre curandeiras e benzedeadas. Segundo ela, a curandeira não utiliza rezas, o tratamento é realizado com plantas e ervas, massagens, barro, e alimentos; desde cedo têm que aprender o nome de cada planta ou erva, sua utilização, benefícios e perigos. Em sua casa, D. Maria de Lina mantém o que ela chama de horta santa, nesta horta ela tem ervas para uso alimentar, para medicamentos de doenças comuns ("as mais simples como gripe, corrimento sem cheiro, brotoeja, essas coisinha de nada") e também aquelas ervas e plantas para os medicamentos de doenças santas, que são curadas especialmente pelo seu "Marquinhos", ou as doenças tidas como perigosas que são curadas por algumas benzedeadas da região.

As doenças que são reconhecidas como tendo por causa inicial os micróbios, são as que as curandeiras tratam com mais eficiência, principalmente em crianças e mulheres. Para elas o micróbio é um bicho pequeno que se esconde na areia e na água, ele é pequeno para poder entrar nas pessoas, depois que entra cresce muito e neste momento é que a pessoa tem que iniciar o tratamento para não morrer, principalmente quando é uma criança.

A curandeira também faz seus diagnósticos, embora o cliente e sua família, quando a procuram já tenham um diagnóstico preliminar da família. Um fato interessante é que os tratamentos realizados sob a orientação de uma curandeira, às vezes não são creditados à sua pessoa pelos Ribeironenses mais jovens e alguns doentes. A excessão é quando idosos da localidade ao citarem os casos, comumente as reconhecem como responsáveis pela terapêutica, mesmo quando o tratamento é realizado em casa. As doenças e situações consideradas como incômodo, que presenciei ou ouvi a respeito da atuação das curandeiras foram: corrimento, anemia, doença de mulher dama, dor no peito, dor de cabeça, diabetes, problemas na coluna, problema intestinal, sarampo, partes arriadas, canseira, dor de ouvido, doença da cabeça (do esquecimento), bronquite, afogado, pneumonia, hemorragia durante as regras, ferida do útero, pressão alta, etc. Todos estes problemas tiveram outros tratamentos concomitantes segundo a causa, o agente e a origem da doença, bem como

a aceitação da família e do doente quanto às terapêuticas a procurar.

Os tratamentos mais comuns orientados por curandeiras não espíritas, utilizam princípios da Hidroterapia, Cataplasmas, Fitoterapia, Farmacologia Alopática associadas aos chás, etc. Muitas destas orientações também são feitas pelas parteiras em casos específicos de doenças e incômodos de mulheres, relacionados à menstruação, gravidez, parto e puerpério (resguardo).

Muitos destes tratamentos possuem critérios rígidos quanto à sua utilização, que é parte do saber comum entre estes terapeutas. Ao observar as curandeiras e, mais particularmente, D. Maria de Lina, vi como registra em cadernos todos os tratamentos que adota, o caso em particular (a doença), a pessoa que está doente, o tempo que levaram para procurá-la, e se houve resultados positivos ou negativos quanto ao tratamento. Ela também mantém um caderno com o nome das plantas e ervas que utiliza, suas propriedades curativas e o número de acertos que teve com cada uma, se uma planta não conseguir curar ou atenuar determinados sintomas em mais de 10 pessoas ou se provocar alergias, D. Maria de Lina já não a recomenda para tratamentos.

Enfim, acredito que pude apresentar de uma forma relativamente simples os curandeiros do Alto Ribeirão e um pouco de sua prática. Como bem coloca BARRETO (1985),

os curandeiros são personagens essenciais ao universo de determinadas comunidades e a sua prática social, embora haja diferenças de uma região para outra, ainda assim são simbolicamente necessários e, às vezes, muito mais do que isto, visto que no Brasil os recursos materiais e pessoais são mínimos para a maioria da população.

A **Parteira** em épocas passadas, quando o Ribeirão não possuía estradas e condução para Florianópolis, eram as pessoas responsáveis pelos cuidados às mulheres desde quando estas ficavam "mocinhas" até o período da menopausa.

Atualmente, apenas duas parteiras ainda resistem ao tempo, D. Petronila e D. Palmira, as duas estão com idade acima de 70 anos e já não possuem tanta agilidade, como elas mesmas reconhecem, para ficarem horas esperando que uma criança nasça ou para sair correndo a noite quando uma mulher está com hemorragias e outros problemas de mulheres.

Mesmo assim, D. Petronila e D. Palmira, ocupam uma posição muito especial para as pessoas da localidade, visto que muitas crianças nasceram ou foram cuidadas por elas. E muito mais do que isso, elas fazem algo que as tornam distintas das parteiras citadas por LOYOLA (1984), que apenas se ocupam de mulheres grávidas.

Discordo desta posição quanto à realidade da localidade onde trabalhei. No caso das parteiras do Alto Ribeirão, existe uma função terapêutica das mesmas, visto

que orientam terapêuticas preventivas durante a menstruação e terapêuticas curativas durante problemas após o parto, como nos casos de resguardo quebrado. É certo que suas orientações não são as únicas a serem seguidas pelas pessoas que as procuram, e também é certo afirmar que muitos dos tratamentos que indicam são idênticos aos que são indicados por curandeiras, no que se refere principalmente à utilização de remédios com plantas e ervas medicinais.

A preparação para o parto e os cuidados em caso de resguardo quebrado, eram funções específicas destas mulheres; também eram responsáveis pelos primeiros cuidados aos recém-nascidos e, conta-se entre as mulheres com mais de 40 anos, que a idéia de enfaixar as crianças até 1 ano de idade, do pescoço até os pés, era das parteiras; com isto diziam poder se evitar arca caída, umbigo inflamado, cólicas, hérnias e também evitava-se que estas crianças andassem cedo demais o que acarretaria em maiores preocupações para as mães que precisavam trabalhar na lavoura.

Hoje entretanto, com a idade avançada das parteiras e o fato de não ter outras mais jovens, a presença de médicos nos postos de saúde da localidade, a facilidade de transporte para hospitais e maternidades de Florianópolis, todas estas coisas diminuíram a importância e a atuação das parteiras. Sendo que as que ainda atuam, o fazem nos incômodos e doenças de mulheres, em parceria

com benzedadeiras, curandeiras e até os médicos (no caso dos médicos, sem a aceitação ou o conhecimento dos mesmos, quanto a dividir parceria com elas).

Quanto ao conhecimento de suas práticas, elas afirmam que adquiriram de outras parteiras, nunca fizeram cursos quando jovens e somente recentemente foram convidadas a participarem de um curso de reciclagem para parteiras realizado pela equipe de saúde da Prefeitura de Florianópolis.

De todas as terapêutas populares do Alto Ribeirão, esta é única que formaliza a cobrança de honorários. Entretanto, segundo elas, houve um período, quando a situação sócio-econômica era melhor, que cobrar de alguém se tornava quase que uma heresia.

Um ressentimento todas tem, embora encaminhem aos médicos os casos que consideram sérios e de risco, estes não as respeitam como profissional, menosprezam suas prescrições e as ridicularizam quando acompanham suas clientes até o local onde serão atendidas por eles.

Incluo o **Farmacêutico** como um terapêuta popular porque no Alto Ribeirão esse personagem, não tem formação em escola formal, visto que é o que comumente chamamos de farmacêutico de balcão. É apenas o dono do estabelecimento, outra pessoa com formação universitária assina a documentação legal, mas não fica na farmácia para orientações à população sobre o uso de medicamentos.

O farmacêutico de balcão é quem orienta as pessoas que o procuram, principalmente os rapazes com as doenças de mulher dama e as raparigas (4) desejosas de saberem sobre aquela eficiente injeção que ajuda a "descer as regras" quando elas se atrasam.

Apesar de no Brasil ser muito fácil conseguir medicamentos sem prescrição médica em qualquer farmácia, os Ribeironenses preferem fazer isto na farmácia da localidade porque é possível abrir um crédito com o farmacêutico e pagá-lo quando sai o salário das famílias ou quando se efetua uma boa venda dos produtos dos pequenos sítios e chácaras de algumas famílias. Assim é comum que senhoras que fazem controle de pressão, diabéticos, asmáticos, entre outros, cheguem até a farmácia para compras e também fazer revisão da pressão arterial, nos finais de semana quando o posto está fechado.

E comum também que este personagem seja procurado por curandeiras, estas vêm com ele se existem alguns medicamentos em seu estoque que possam ser associados aos seus chás.

5.2 Os Terapeutas da Medicina Oficial

O Médico é o primeiro da lista, a população da

(10) Termo utilizado para designar adolescentes e mulheres adultas jovens no Ribeirão da Ilha.

localidade embora prefira procurar os médicos que atuam em hospitais de Florianópolis, não deixa de procurar a equipe que atua nos cinco postos de saúde do Ribeirão.

Um médico que atue nos postos da Prefeitura, é melhor aceito quando atende em outras instituições fora da localidade, seja em consultório particular ou entidade pública.

Também são mais aceitos aqueles médicos que não zombam e nem desrespeitam a experiência dos terapeutas populares que atendem à localidade e os que utilizam recursos das benzedeiras e das curandeiras, como algumas rezas e receitas de chás e cataplasmas.

Porém, mesmo havendo aceitação destes médicos, considerados competentes e que gostam de atender na localidade, mesmo estes, são vistos como profissionais de linguagem difícil, comportamento muito elitista, e atitudes autoritárias.

Em algumas entrevistas, os informantes colocaram-me que muitas vezes mentiam para o médico sobre estarem fazendo outros tratamentos, isto porque tinham receios de serem ridicularizados ou serem considerados ignorantes.

Em nenhum momento cheguei, durante esta pesquisa, a entrevistar o médico que atendia no posto do Alto Ribeirão, embora tenha tido contatos informais com ele quando visitei o posto e uma médica que o substituiu durante um período em que esteve doente.

Esta médica, quando conversei com ela, falou-me

que tentava, na medida do possível respeitar os costumes e as opiniões sobre saúde e doença de seus clientes; porém frisou que, quando tomou medidas com uma utilização mínima de medicamentos alopáticos e não solicitou exames, estas pessoas não a procuraram mais e ela soube que foram a outros postos da localidade.

- "Não é a primeira vez que uma coisa assim me acontece, quando atendia no Campeche, tentei trabalhar com homeopatia, acupuntura, ervas para chás, e perdi paciente. Eles só pediam exame, antibiótico. A gente é considerado menos inteligente, menos médico, quando tenta fazer algo diferente, mais natural" (médica substituta do posto no Alto Ribeirão).

Ela também falou que considera que cada terapeuta tem uma função para as pessoas de uma localidade e, se o médico tenta atuar como um benzedor ou como um curandeiro, perde o respeito do paciente, e se torna ridículo porque participa de uma farsa, visto que cada terapeuta tem uma linguagem própria, um saber que é único porque é parte da vivência individual deste.

Sobre os atendimentos que são realizados no posto, ela disse que em um mês substituindo seu colega, já atendeu muitos casos, a maioria crianças com problemas respiratórios, mulheres com pressão alta, artrites, diabetes, etc. Poucos foram os casos que necessitaram de internações hospitalares e encaminhamentos a especialistas.

A respeito dos outros tratamentos realizados por

seus pacientes, disse que nunca ouviu comentários a respeito, que como a consulta é muito rápida, não deixa tempo para se falar sobre outros temas. Perguntei se ela chegou em algum momento a perguntar sobre se faziam outro tratamento, sua resposta foi negativa, alegando que se uma pessoa a procura é porque desistiu de outros métodos de cura e descobriu que ela (a figura do médico), é que vai encontrar a solução para seus problemas.

Quanto ao diagnóstico familiar ou o diagnóstico que o paciente apresenta à médica, antes da consulta com ela, segundo sua opinião, são sem fundamento e muito simplistas. Para a médica a adoção de uma linha mais natural no atendimento aos pacientes não significa fechar os olhos para a ignorância e a desqualificação intelectual dos mesmos.

Para os informantes, a figura do médico é muito importante e necessária, porém ressaltam que o paciente é melhor tratado quando a consulta é particular, mas mesmo quando pagam são vistos como inferiores no saber e não são levados em conta no que diz respeito a um pré-diagnóstico ou uma participação mais ativa no tratamento, na escolha do medicamento, da alimentação, etc.

-"Tem médico que faz a gente se sentir como uma criança sem querer, sem sentimento, sem inteligência. Quando a gente paga eles olham prá gente, mais mesmo assim olham com aquela cara de mãe e pai cheio de razão, querendo ensinar as verdade da vida prá filho desobediente" (D. Augusta, 32 anos, FAM-19).

Entre os informantes existem aqueles que consideram o médico como único recurso possível para todos os problemas de saúde e aqueles que acham que o tratamento depende de cada problema em particular e de suas causas, é o tipo da doença que decide e a aceitação da família e do doente, ao terapeuta e suas terapêuticas.

A **Auxiliar de Enfermagem** é chamada basicamente para orientar cuidados que já foram repassados pelo médico. Eu diria que ela atua como a intérprete do médico, o que a família deixou de entender sobre as prescrições medicamentosas, sobre alguma dieta ou exames, é explicado novamente, com mais detalhes e segundo os informantes com muito mais boa vontade.

Esta profissional também tem seus serviços solicitados quando existe na comunidade pessoas com doenças consideradas perigosas, como doentes terminais de câncer que retornaram do hospital para casa, doentes vítimas de doenças infecto-contagiosas, etc, e também aqueles doentes que os membros da família já cuidam há muitos meses, as vezes anos, e existe um cansaço muito grande entre os que auxiliam nos cuidados; nesses casos a auxiliar é contratada para plantões noturnos alternados com a família e realiza os cuidados considerados mais trabalhosos e penosos, como trocar curativos de doentes escarificados, colocar sondas nasogástricas, administrar medicação endovenosa em braços onde não há mais visibilidade de

veias, etc.

A sua participação como terapeuta não assusta aos profissionais médicos do posto, dificilmente ela atua além do que se considera como sendo sua capacidade profissional e se torna uma pessoa muito requisitada porque mesmo cobrando honorários por seus serviços, assume uma atitude de assistente social benevolente, visto que cobra conforme o poder aquisitivo de seus clientes e em muitos casos, abre linhas de crédito a estas pessoas e aguarda com paciência o momento que possam pagar.

CAPITULO 6
A FAMILIA

CAPITULO 6 - A FAMILIA

As providências tomadas pelas famílias do Alto Ribeirão, obedecem a uma hierarquia de atitudes que posso afirmar sem receios de erro, não é rígida. Muito pelo contrário, é bastante maleável e está relacionada à doença e à aceitação do tratamento pelo doente e por todos os membros que compõem a família.

Para poder explicar melhor as atitudes tomadas e que são parte do itinerário terapêutico adotado para cura, creio ser importante aprendermos um pouco mais sobre a família Ribeironense.

6.1. Os Relacionamentos e o Compadrio Entre as Famílias

O objetivo deste sub-capítulo é demonstrar a importância da família durante uma doença e qual a função dos relacionamentos e do compadrio no que diz respeito ao fenômeno do "cuidar" durante este processo.

A família, em quase todo o Ribeirão e, principalmente entre os que se assumem e se reconhecem como tendo uma ascendência açoriana, é formada por pai, mãe, filhos, netos, avós, sobrinhos, tios, primos, noras, genros, sogras, compadres e, às vezes, vizinhos muito amigos e que não têm parentes.

Entre as pessoas que se reconhecem como pertencentes à mesma família, é comum que residam próximos ou que tenham suas casas construídas no mesmo terreno ou

lote. Isso facilita muito o contato entre os membros. No caso de noras, genros, sogros, compadres e vizinhos, que podem ser tidos como agregados ao clã familiar sanguíneo, estes, em muitos casos possuem terrenos que aparentemente passam a ser parte dos bens da família de "adoção", isto em virtude das afinidades e trocas que passaram a terem em comum, em função dos casamentos, apadrinhamentos, etc.

Pelo que pude entender do que observei e captei, a afetividade e a divisão de responsabilidades, são os grandes responsáveis pela formação destas grandes famílias e a manutenção das mesmas ocorre se houver compartilhamento de satisfações e de dificuldades. Assim, a exemplo do que CARTANA (1988) encontrou na Costa da Lagoa, pude constatar que o afeto não só influencia os laços entre os que se consideram de uma mesma família, mas também influencia fora desta família, seja nos relacionamentos considerados íntimos ou não.

Entretanto, para que estes relacionamentos e laços sejam possíveis, há a necessidade de um indivíduo que denomino de indivíduo focal, que será o elo de ligação entre todos os indivíduos (ou a maioria deles), que fazem parte e que compõem a rede social (FRANCO:1980).

Este indivíduo focal no Ribeirão parece estar representado pela mulher. Normalmente em uma família, 1 ou 2 mulheres adultas, mais comumente as avós e as comadres, assumem um papel de destaque na casa. Elas, através

de atividades e/ou situações que promovem o intercâmbio entre as pessoas, oportunizam o agrupamento entre indivíduos e famílias da mesma localidade.

As principais situações e/ou atividades que são consideradas importantes para a interação e o intercâmbio entre as famílias, segundo os informantes e o que observei são:

1. As visitas aos familiares que não moram no mesmo terreno ou lote, aos amigos e vizinhos que residem na mesma sub-região e de outras sub-regiões do Ribeirão;
2. As missas e encontros de oração;
3. As reuniões das zeladoras da igreja;
4. As reuniões dos grupos de mães;
5. As reuniões entre pais e professores;
6. As festas de "família" nas casas de amigos ou nos clubes da freguesia;
7. As festas religiosas;
8. Os casamentos e batizados;
9. As conversas de "muro" entre vizinhos;
10. As trocas de informações na venda, entre o comerciante e os compradores, ou entre as pessoas que se encontram na porta da venda;
11. As visitas surpresas durante o dia para o empréstimo de algum mantimento ou objeto, que terminam sendo intuito para troca de informações sobre os acontecimentos rotineiros ou aqueles tidos como novidades;
12. O "lanquinho" da tarde entre as mulheres e o

gole de pinga entre os homens nos bares, etc.

Quase todas estas situações são planejadas e realizadas principalmente por mulheres, que são comadres, mães, avós, amigas ou inimigas entre si. Aparentemente muitos dos relacionamentos entre as famílias nascem, se solidificam ou deixam de existir, a partir destas situações que citei acima.

Estes relacionamentos entre as famílias é que vão gerar os suportes, auxílios ou interações entre os indivíduos. Quando perguntei durante as entrevistas que forma de auxílio era mais comum entre as famílias, obtive que em primeiro lugar vem o auxílio econômico para a compra de medicamentos, alimentos ou para complementar o preço de um pedaço de terra. O apoio moral e emocional durante uma doença, uma briga, ou qualquer coisa que seja, também é considerado de grande importância.

Porém, gostaria de ressaltar que entre os mais jovens existem restrições quanto a estes auxílios, eles afirmaram que sentiam como se fossem perder independência e a autonomia de poderem comandar suas próprias vidas. Em função destas restrições quanto aos auxílios, os mais velhos costumam comentar como, mesmo entre as pessoas de uma mesma família, já não existe tanta confiança e interação quanto em tempos passados.

E como ocorreriam estes auxílios ou a descoberta de que alguém necessita de auxílio?

Pude constatar que nas situações formais e infor-

mais de interação que citei anteriormente, existe uma participação maior de mulheres, isto porque os homens em função de suas atividades profissionais permanecem mais distantes dos problemas da localidade no dia-a-dia. Entretanto, isto não os impede de terem alguma participação como objetos de suporte e auxílio para outros elementos da localidade, mas, ainda são as mulheres que incentivam movimentos de solidariedade e distribuem entre si tarefas e atividades que visam fornecer estes auxílios. Eis um exemplo de ajuda formal que me foi repassado em entrevista no clube local:

- "Levei prás amigas zeladoras o caso do Lúcio, moço bom e trabalhador, que está agora com os rim sem funcionar. Não pode se esforçar e trabalhar pra sustentar a mulher e os filho. O pessoal do clube e a gente que é da igreja vamos fazer um bingo pra juntar dinheiro pra operação dele. A gente vai falar com os marido e os filho que trabalham fora e cada semana a gente vai tentar dá um ranchinho pra ele e a família. A gente acha que assim ajuda um cristão que nasceu aqui no Ribeirão e que foi criado brincando com a gente" (D. Diva, 48 anos, FAM-16).

E interessante notar que na literatura, os relacionamentos são processos muito dinâmicos em decorrência das mudanças dos indivíduos e de suas sociedades ao longo dos anos. No Alto Ribeirão, estas mudanças se fazem sentir somente agora com a procura de trabalho em Florianópolis e a vinda de pessoas estranhas para morar na localidade. Sobre as mudanças nos relacionamentos é comum ouvir depoimentos como este:

- "Olhe, só agora quando os filho começam a trabalhar na cidade é que a gente vai conhecendo gente nova, tem também os turistas que vem no verão e um pessoal que tá chegando pra morar. Até uns 10 anos atrás, a gente envelhecia conhecendo todo mundo, dos pequeno aos grande. Veja uma coisa que não acontecia até bem pouco tempo, um rapaz ou uma moça daqui casar com gente de fora, agora é o que mais tem, e ai começa a ter estranho na família, gente com outras idéias, gente difícil" (D.Lígia, 61 anos, FAM-10).

Ao que me parece, a procura por emprego, a vinda de pessoas de outros lugares que estão a fixar residência no Ribeirão e os casamentos com pessoas de outras localidades influenciam e promovem mudanças perceptíveis imediatamente nos relacionamentos entre as famílias. Por exemplo: as noras e genros que são alheios às pessoas da localidade sempre são tratados com reservas e são muitas vezes colocados como "de fora", não sendo convidados a participarem de decisões importantes dentro da família.

As relações com as pessoas que não são nativas da Ilha ou que vêm de localidades do norte da Ilha, são cortezes, porém, frias. Quando estava fazendo esta pesquisa, lembro de ter conhecido um casal de chilenos. Eles como já residiam há mais de 20 anos no Alto Ribeirão, além da adaptação aos costumes, procuraram participar de todas as atividades de intercâmbio dentro da localidade, a ponto de hoje serem padrinhos de 3 crianças, uma honra concedida há pouco mais de 5 anos.

A rede e os laços sociais, além do suporte ou auxílio que concedem aos que necessitam, também tem uma atuação muito forte relacionadas aos comportamentos e as atitudes das pessoas. No Alto Ribeirão mulheres e homens recebem orientações quanto aos comportamentos permitidos e estes forçam a existência da tradicional diferença entre caracteres femininos e masculinos citados na obra de BELOTTI (1987). Aos homens é concedida a obrigação do sustento e a primazia de poder circular a qualquer hora e momento. As mulheres, porém, são concedidos papéis dentro dos limites de comportamento considerados adequados ao que se convencionou ser o papel das "mulheres de família", futuras mães e mestras, reprodutoras do saber que as domina e que também lhes concede poder.

Quando a mulher quebra as normas estabelecidas ela passa a ser a bruxa. Aquela que tem comportamentos considerados estranhos e masculinos, que tem olhar maligno e faz com que as pessoas fiquem doentes. A oposição à mulher bruxa é feita pela benzedeira, a que cumpriu sua parte no esquema previamente estabelecido e que recebe após a criação dos filhos o direito que Deus lhe concedeu desde o nascimento, de exercer o dom de cura (1).

(1) *As mulheres benzedeiros são tidas como tendo o dom desde que nasceram ou como possuidoras do mesmo em decorrência de graça alcançada, promessas, etc. Entretanto, a capacidade e a qualidade de seu trabalho é melhor avaliada pelos anos de ofício e por sua idade.*

A benzedeira pode circular a qualquer hora sem ter que justificar-se perante as pessoas que compõem a rede, justamente o contrário da bruxa, que passou a ser acusada de tal, em função de movimentar-se nos chamados horários perigosos.

Outra figura muito respeitada no que diz respeito ao papel ou função social da mulher é a da comadre. Quase todas as famílias que participaram desta pesquisa são compadres entre si. As alianças sociais são feitas entre as famílias através do casamento e da compadragem e o apadrinhamento, principalmente, leva a trocas de benefícios mútuos que podem ser de diferentes aspectos e não somente com relação a cuidados assistenciais ligados à doenças.

Quanto à compadragem pude observar e captar através de conversas informais que:

- É importante como ato religioso e oficialmente torna a criança cristã, retirando-a da condição de pagão e estranho aos ensinamentos de Deus;

- É considerado como um laço de parentesco fictício nos casos em que não existe laços sanguíneos entre padrinhos e afilhados, mas que é prescrito como parentesco legal pela igreja católica;

- É uma co-paternidade, onde cabe aos padrinhos obrigações durante as dificuldades e principalmente quando o afilhado fica órfão;

Quanto ao cuidado a um doente, os compadres junto

com outros membros da família, assumem uma participação ativa durante o primeiro diagnóstico, a escolha do tratamento, a indicação de profissionais, os cuidados no leito do doente e também nos gastos com medicamentos, utensílios necessários para a realização de cuidados no domicílio (sondas, urinóis, agulhas, seringas, colchões d'água, roupas especiais, etc), alimentação, condução à Florianópolis, etc.

Entendo que a compadragem e as relações íntimas de uma família, parecem ser um suporte social dos mais fortes da rede e dos laços sociais. Os compadres de uma forma ainda mais marcante, assumem quase que as mesmas obrigações que os pais de seus afilhados, seja nos problemas de saúde, como no que diz respeito a conduta dos mesmos durante a vida.

Resumindo, é interessante notar que no mundo social destas famílias, as pessoas e, neste caso me fixei mais nos trabalhos das mulheres, são as responsáveis pela organização de situações que permitem a interação social e consequentemente a formação de redes e laços sociais na localidade. As mulheres atuam como indivíduos que fazem o elo de ligação entre todos. Atuam de forma semelhante às mulheres pesquisadas por FRANCO (1980), como agentes de coesão social.

O valor prático deste papel está em assumir de forma ativa várias funções dentro da rede, consolidando não somente as uniões existentes, mas por outro lado,

influenciando comportamentos e atividades, bem como a criação de suportes que contribuem para a solução dos problemas existentes, entre estes, os relacionados à saúde e doença.

Se não me detenho no trabalho desempenhado pelos homens, não é porque o mesmo não exista, mas sua importância fica muitas vezes limitada a questões financeiras e na tomada de decisões quanto ao o que fazer durante um processo mórbido. O fazer ainda está muito ligado à mulher em decorrência de suas atividades estarem mais limitadas territorialmente à localidade e sua rotina diária.

6.2. A Família Como Provedora dos Cuidados aos Doentes

No Ribeirão, a exemplo do que colhi da literatura sobre prestação de assistência realizadas por homens e mulheres, vi que ao homem cabiam papéis como o de provedor econômico, como o de sacerdote, conselheiro e guardião da ordem e da moral familiar. Para a mulher encontrei o papel de indivíduo focal, de conselheira, bruxa, benzedeira, curandeira, parteira, religiosa e, equivalente ao homem em termos de também ser guardião da ordem e da moral dentro da família.

A mulher além de ser considerada a pessoa que comanda a casa do ponto de vista doméstico com a orientação dos filhos, é também o indivíduo focal dentro da re-

de social, capaz de fazer com que ocorra interação e intercâmbio entre as famílias e os indivíduos e é responsável pelos principais cuidados de saúde dentro da família.

Se pensarmos que o cuidado às pessoas, estejam doentes ou não, é algo essencialmente feito a nível doméstico, é também certo afirmarmos que o cuidado é parte integral da própria vida seja qual for a etnia e nacionalidade dos indivíduos.

Desde muito cedo a mulher, mãe e avó, é vista como a pessoa responsável pela continuidade da vida, seja pelo fato de poder engravidar ou ainda porque foi ensinada a desenvolver práticas e cuidados relacionados com o corpo, a alimentação, a higiene, etc, cuidados estes essenciais sejam para prevenirem ou para curarem doenças. Ao meu ver estas práticas são embebidas de valores muito fortes e decisivos para as mulheres Ribeirenses. Do ponto de vista social observei que estas práticas aumentam as relações e a auto-confiança entre as mulheres. Quase que todas as mulheres que conheci e que fizeram parte deste estudo, não iam a um posto de saúde sem antes se aconselharem com suas avós, mãe, tias, primas e amigas íntimas.

O reconhecimento destas práticas domiciliares ou familiares, é considerado tão importante quanto os cuidados prescritos por especialistas da saúde e determina qual o papel a ser desempenhado pela mulher dentro de

sua família e no seio da própria localidade.

Entre as muitas práticas que pude observar, tentarei descrever aqui as que estão relacionadas diretamente com a saúde e a doença.

a. Práticas Corporais (2)

Desde muito cedo, na puberdade, na vida adulta, durante a gravidez, o parto, o cuidados aos recém-nascidos, nas doenças, etc, tudo é idealizado de modo a se favorecer a fertilidade, a proteger e desenvolver o crescimento corporal, seja do homem ou da mulher.

Constatedei que as pessoas desta localidade onde fiquei para minha pesquisa, a exemplo da comunidade investigada por IBÁÑEZ-NOVION (1974), tinham conhecimentos anatómicos-fisiológicos a partir da observação do corpo aberto dos animais sacrificados para a alimentação como o boi, a galinha, o porco e os peixes, que são os animais mais utilizados como refeição. Estes conhecimentos populares de anatomia e fisiologia, auxiliam no diagnóstico de doenças, no uso de terapias como a massagem, ou para avaliação de crescimento de crianças de colo.

(2) *A denominação que utilizo para as práticas que apurei na coleta de dados são de minha autoria, os informantes não classificavam-nas, eles forneciam-me nos relatos estas práticas e eu posteriormente fui classificando-as, separando-as e distribuindo cada uma na ordem que apresento aqui.*

Estes conhecimentos também auxiliam no uso de determinadas práticas, por exemplo:

1. As crianças pequenas, são tidas como tendo o osso frágil como um pintinho; não podem se alimentar de alimentos sólidos, porque seus "papos" (intestinos), são imaturos, não digerem facilmente o alimento; também não podem levar vento, porque a exemplo de bezerrinhos tem suas "moleirinhas" (fontanelas) abertas para auxiliarem no crescimento da cabeça, assim não é conveniente ficar andando muito com a criança, principalmente com a cabeça desprotegida; deve-se banhar uma criança todos os dias com excessão dos 7 primeiros dias de nascimento, as razões: cuidado para não apodrecer o cõto umbilical e não tirar totalmente as secreções da mãe que ficaram em seu corpo, a exemplo das vacas, que deixam seus bezerros sujeitos vários dias, as mães acreditam que existem vitaminas que vieram delas e que se encontram nestes líquidos e que com certeza irão fortalecer seus filhos.

2. Com relação aos meninos existe uma preocupação grande, desde a mais tenra idade, com seus órgãos sexuais. Como avaliam como sendo os testículos os responsáveis pela produção de espermatozóides, visto que os bois, cães e gatos, são animais que normalmente são castrados e este castramento ocorre a nível de corte das "bolas", então procuram proteger ao máximo este órgão. Quando se tem notícia de Caxumba na localidade, os meninos ficam mantidos reclusos em suas casas, proibem-se

as brincadeiras, as visitas aos amigos, sair à noite, alimentar-se de refeições oferecidas por vizinhos. Os pais acreditam que esta doença leva a esterilidade, em decorrência de febre que provoca o "cozimento" dos espermatozóides nos testículos (3).

3. As meninas quando entram na puberdade também são protegidas, havendo como razões, não somente o cuidado à fertilidade, mas também a sua virgindade, que é vista como padrão de honradez de uma família. Assim, ela é protegida fisicamente com resguardos, sendo proibida a sua locomoção à noite ("para não pegar sereno"), brincar com meninos ("eles tem umas brincadeira muito pesada pra corpo de mulhé"), comer os alimentos proibidos (citarei quais nas Práticas alimentares), pegar ventos, as chuvas do final da tarde, etc.

De uma forma em geral estas práticas corporais são pensadas para todas as pessoas independente de haver ou não um processo mórbido, porém estas práticas são intensificadas quando isto ocorre. Algumas causas de doenças são atribuídas ao pouco caso que algumas pessoas dão ao uso destas práticas.

(3) A Caxumba é uma inflamação das parótidas, que são glândulas serosas que vertem uma secreção para a cavidade bucal, situada abaixo da orelha. Quando uma pessoa se encontra com caxumba, ela apresenta inchaço em todo o seu pescoço e nos casos ocorridos com meninos, este inchaço poderá descer para os testículos e levar a esterilização.

b. Práticas Alimentares

Para suprir suas famílias com alimentos, as mulheres ribeironenses tentam descobrir quais os meios necessários para manter uma plantação e quais as plantas que se adaptam a cada período climático. São muito boas na arte de plantar legumes, hortaliças, ervas aromáticas, ervas de uso culinário e medicinal. Este aprendizado ocorre muito cedo com suas mães e avós, que utilizavam em épocas passadas, quando não haviam muitas vendas e comércios no Ribeirão, as plantas para prepararem alimentos, desde suas raízes até as flores.

Em suas casas possuem um verdadeiro arsenal culinário e farmacológico, que é utilizado sempre nos primeiros cuidados aos doentes, muito antes de haver a procura por recursos externos.

É importante também colocar que mesmo quando o companheiro trabalha na agricultura, a mulher possui mais próximo a casa a sua horta particular, que é cuidada por ela e as outras mulheres da família. Também é comum a criação de animais domésticos como patos, galinhas, porcos, vacas e pombos. Sendo interessante saber que algumas galinhas e pombos são criadas a parte dos outros animais, estes servem como alimento em casos especiais como durante o resguardo após o parto, doenças contagiosas, fraqueza em idosos e após cirurgias. É famosa a canja de pomba que é preparada para mulheres que tiveram partos difíceis. Em tempos passados era comum

a existência de pessoas que cuidavam e criavam pombas só para esta finalidade, e quando alguém tinha um parto problemático ganhava uma pomba para sua dieta de resguardo.

As proibições alimentares são consideradas essenciais quanto a serem cumpridas, visto que evitam determinadas doenças ou diminuem a possibilidade de agravamento quando a doença está instalada. Em capítulo anterior mostrei a classificação recebida pelos alimentos e a temeridade que algumas pessoas têm em fazer misturas alimentares ou de comer determinado animal ou vegetal quando seu organismo está debilitado. Existe também o temor de se fazer uma alimentação errada durante o que eles consideram período de transição.

Como exemplos de períodos de transição poderei citar:

a. No primeiro ano de vida - é considerado um período de transição e adaptação da criança ao mundo, sendo portanto um período perigoso e de alta mortalidade. A mãe alimenta-se de produtos "leves" e "quentes" e "leves" e "frios", estes alimentos são ingeridos em períodos determinados. Por exemplo: a galinha é considerada leve e quente, — pode ser ingerida nos primeiros 4 meses após o parto, porém poderá ser encarada como alimento perigoso se o filho que recebe somente leite materno, ficar com diarréia. Nestes casos suspende-se a galinha e a mãe poderá no máximo se alimentar de frangos, que são

tidos como leves e frios.

b. A mulher no pós-parto é considerada também em um período de transição. A gravidez sempre é vista como um período perigoso para a mulher e a criança, e até que o corpo da mulher retorne a uma "normalidade", faz-se necessário a tomada de medidas preventivas, relativas principalmente a alimentação, como as que foram citadas acima. Também se evitam alimentos ácidos a fim de que não se azede o leite e se contraia uma inflamação nas "partes" (4). Também se tem especial atenção pelo resguardo menstrual seja no período de solteira ou quando se tem um companheiro (5).

A seguir demonstro através de um diagrama, como não existe um estado de saúde total para crianças, mulheres, homens e velhos, durante a existência dos mesmos. Em quase todos os períodos de suas vidas, existem os momentos de transição e os períodos ou fatos especiais, que fazem com que exista uma oscilação constante entre saúde e doença entre os Ribeironenses. Desta forma

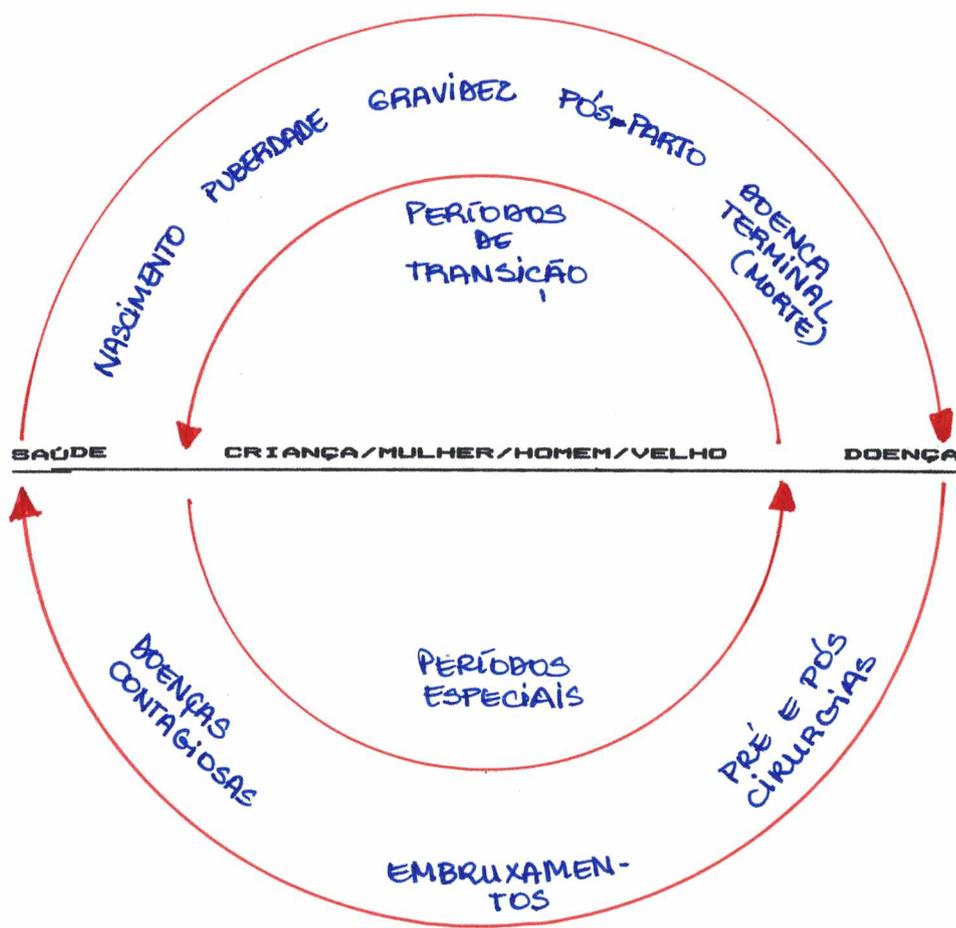
(4) "As partes" de uma mulher estão relacionadas aos órgãos sexuais internos e externos, durante um resguardo de pós-parto, que tem no Ribeirão a duração mínima de 30 dias (quando a mulher dar a luz uma criança do sexo feminino) e 40 dias (quando é um menino a nascer), a mulher evita alimentos que possam leva-la a uma esterilidade ou a ficar "sem vontade" para o sexo, em decorrência de inflamações.

(5) A menstruação é citada na literatura como um fato perigoso e que conseqüentemente torna a mulher perigosa nestes períodos. DOUGLAS (1976), coloca em sua obra "Pureza e Perigo", a questão da poluição feminina e da posição ambígua e de liminaridade que torna a mulher um perigo para si própria e para outras pessoas.

justificam-se os cuidados e as práticas realizadas sejam para prevenção ou para tratamento de doenças. Na parte superior do diagrama coloco o que se considera como transição, na parte inferior, os fatos ou períodos especiais. No centro, conforme as categorizações de doenças, apresento as pessoas objetos destas categorizações. Todas as transições e fatos porque passam estas pessoas podem ser indicativos tanto de saúde quanto de doença, o que a pessoa faz ou deixa de fazer, com relação às práticas corporais e alimentares e outras não citadas, é que determinará o seu estado de saúde ou doença. As doenças de uma forma em geral, são concebidas em decorrência da conduta da pessoa doente, mesmo que estas doenças tenham por causa última um fator anterior ao nascimento da pessoa doente. Vejam um depoimento onde esta idéia se faz sentir:

- "Olhe, mermo que ela tenha pego estas coisa por causo do pai ou da mãe, se tivesse sido uma pessoa de Deus, feito tudo direitinho como se deve, olhe, num teria tido essa sina"(D.Cândida, 65 anos, FAM-20).

DIAGRAMA DOS ESTADOS DE TRANSIÇÃO E DOS PERIODOS E FATOS TIDOS COMO ESPECIAIS, A QUE SE APLICAM AS PRATICAS CORPORAIS E ALIMENTARES



6.3. Os Comportamentos de Cuidados Identificados na Família Durante um Processo Mórbido

Um tema que considero importante no que diz respeito aos fenômenos saúde e doença, está relacionado ao cuidado realizado às pessoas que estão enfermas. Existem uma série de trabalhos voltados para os tratamentos e cuidados realizados por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, entretanto, o cuidado não é estudado e nem tão pouco focalizado como importante quando realizado por membros da família da pessoa que está doente.

E por que estudar um tema que para muitos profissionais não é importante do ponto de vista científico?

Acredito que embora pouco abordado, o cuidado é uma necessidade vital para o homem. LEININGER (1984), afirma que o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento, manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos na maior parte das culturas humanas. E de se espantar portanto, que muito pouco se possa encontrar sobre o assunto. Na literatura o que mais encontrei sobre cuidado estava relacionado a pediatria, refletindo quanto ao sustentar, assistir, orientar e proteger as crianças em seus primeiros anos de vida. Sobre outros elementos da família em faixas etárias diferentes, quase nada encontrei seja em artigos ou livros.

Quanto a definição de cuidado, segundo a autora citada acima, refere-se aquelas decisões ou atos de assistência, e/ou capacitação, que auxiliam outros indivíduos, grupos ou comunidades de maneira benéfica, durante o fenômeno da doença.

Ainda sobre cuidado, encontrei que o mesmo poderia ser realizado por profissionais ou leigos e compreender categorias de cuidados, como por exemplo: cuidados práticos ligados à técnicas de manipulação do físico; cuidados psicológicos, ligados à afetividade, emoções; cuidados espirituais, éticos e sociais, etc. Esses princípios ou cuidados, tentam seguir uma filosofia, onde o cuidado é acima de tudo um respeito pela pessoa e o seu referencial de vida.

No Ribeirão, procurei observar quais as estratégias e/ou cuidados realizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos não doentes e acometidos de qualquer processo patológico, seja físico, mental ou psicossomático (estas formas diagnósticas estão assim denominadas segundo meu parecer)

Em um primeiro momento, quando perguntei muito diretamente como as pessoas cuidavam das outras, elas aparentemente não sabiam o que me dizer. Era como se não soubessem o que significava esta palavra. Quando descrevi algumas atividades que eu considerava "cuidados", é que elas ligaram a palavra a ação de cuidar de alguém. Perguntei então que outro termo era utilizado, responde-

ram-me que era: ajudar, chegar perto, atender, preocupar, dar apoio, servir-se e dar uma mão.

Aliás, o termo preocupar-se, significa, segundo minha percepção, o cuidado mais importante, principalmente para os mais velhos, que consideram que os mais jovens não são mais possuidores desta qualidade. Foi comum ouvir que nem mesmo entre os familiares permanece vivo e forte este sentimento de preocupar-se com alguém, seja do ponto de vista físico ou do ponto de vista material. Para eles esta sensação de preocupar-se está iniciando seu processo de desaparecimento principalmente com a chegada de estranhos ao Ribeirão e a entrada de pessoas de outras localidades no seio das famílias mais tradicionais.

Este preocupar-se, segundo o que observei é o cuidado que leva aos outros cuidados necessários a prevenção ou ao auxílio durante uma doença. Para as famílias que foram parte deste estudo, este termo significa estar consciente de que o outro, vizinho, afilhado, compadre, irmão, necessita de algum auxílio; auxiliar esta pessoa deixando de lado brigas, preconceitos, orgulho, inveja, etc.

À partir do ato de preocupar-se é que as pessoas começam a efetuar outros comportamentos de cuidados, entre estes pude observar bem de perto:

1. O ato de visitar ou estar presente

- Este cuidado consiste em estar envolvido com a

família nos cuidados preventivos, por exemplo: nas orientações para resguardo durante a menstruação, orientações para se evitar " incômodos ", etc; também diz respeito ao acompanhamento junto à família nos primeiros momentos da doença, seja durante as primeiras especulações sobre o diagnóstico inicial e o que fazer como tratamento, bem como os terapeutas que irão auxiliar neste tratamento. Normalmente os primeiros a realizarem este cuidado são os familiares que residem no mesmo terreno, os que moram fora e os compadres, depois é que elementos de fora do círculo familiar se envolvem mais diretamente com este cuidado.

2. O ato de cuidar fisicamente

- Este cuidado consiste em realizar aqueles cuidados que nós da Enfermagem comumente denominamos de assistência direta ao doente. No Alto Ribeirão estes cuidados são os seguintes:

- a. Rediscussão do diagnóstico nos casos em que o tratamento familiar não soluciona o problema;
- b. Indicação de terapeutas;
- c. Acompanhamento ao terapeuta;
- d. Operacionalização de atividades como: limpeza do quarto do doente, banho, troca de roupa, preparo da alimentação, preparo e administração de medicamentos, etc. Todas estas atividades são normalmente realizadas por mulheres ligadas ao doente por laços de consaguinidade ou por laços de afinidade como nos casos de madrinha, sogras e noras;
- e. Administração de orientações ditadas pelo terapeuta responsável pelo tratamento como: ta-

potagens, massagens, fisioterapias simples, lavagens, exames e observação da pele, olhos, língua, unhas, etc.

3. O ato de ser afetivo

- Este cuidado envolve aspectos ligados ao amor, a afetividade, a demonstração sincera (ou não) de que existe uma preocupação com o doente. É parte deste cuidado:

- a. Conversar com o doente estando ele lúcido;
- b. Tocar o doente, para demonstrar-lhe que não se preocupam em pegar a doença e que gostam dele em qualquer situação;
- c. Consolar o doente, seja lhe falando de casos parecidos com o seu onde tudo acabou bem, seja fornecendo informações sobre os problemas que este deixou pendentes e que foram resolvidos pelos familiares ou por amigos íntimos;

4. Atos e cuidados espirituais e éticos

- Estes cuidados dizem respeito à assistência religiosa e ao sigilo sobre a denominação e as possíveis causas da doença, quando o doente não deseja divulgação, ou a doença pertence a categoria de doenças "perigosas" (6).

Estes foram alguns dos cuidados que pude acompanhar em minhas visitas. Em alguns deles fiquei apenas como observadora, em outros fui chamada para ajudar, como durante a aplicação de injeções, ou durante a remoção de sonda nasogástrica, no caso de doentes que muito recentemente havia saído do hospital.

(6) Nos casos das doenças consideradas "perigosas", aquelas doenças que as pessoas tem medo de pegar e até mesmo de pronunciar o nome, como câncer, tísica e lepra, as pessoas com estas doenças somente são cuidadas por familiares ou profissionais.

Quanto aos níveis de aceitação destes cuidados pelos doentes e por seus familiares, pude constatar que não é qualquer pessoa que será aceita para auxiliar durante um processo mórbido. Alguns elementos são considerados antes da aceitação do auxílio de alguém:

1. A família é sempre a primeira a ser vista como tendo obrigações formais e informais de prevenir um problema de saúde ou de cuidar de alguém que já esteja com a doença instalada, é portanto aos membros da família que se procura quando se quer prevenir ou cuidar;

2. No caso de pessoas alheias a família por laços de consaguinidade, a aceitação do cuidado é maior quando a pessoa a fazê-lo é madrinha do doente, ou é muito íntima da família, conhecendo-a há muitos anos;

3. Quando a pessoa que cuida tem uma história de cuidados bem sucedidos, seja da família ou não, e tem o reconhecimento da comunidade quanto a sua atuação;

Ainda com relação à aceitação, percebi que as pessoas com mais de 40 anos assumem melhor os cuidados familiares e se preocupam com o fato de existirem membros na família que não queiram assumir as tarefas de cuidado a um doente. Algumas pessoas com menos de 40 anos, consideram que a assistência em casa as deixam dependentes dos mais velhos e que isto para elas é muitas vezes desconfortante.

Entretanto, apesar destas opiniões, pude observar

que existe uma satisfação grande entre os que estão sendo assistidos e cuidados, sendo que alguns doentes já recuperados com quem mantive contato, afirmavam que quando doentes em outras localidades, sofreram com o descaso e a falta de respeito com os seus infortúnios, que muitas vezes foram tidos como preguiça, indolência .

Outras opiniões que também me foram repassadas, estão relacionadas as internações hospitalares. Embora todos achem que para alguns casos estas sejam imprescindíveis, consideram que a pessoa doente quando internada não é respeitada em seus costumes, sendo obrigadas a fazerem coisas que normalmente não fariam em seu cotidiano, como por exemplo tomar banho as 6 horas da manhã no período do inverno, ou tomar bebidas quentes com janelas abertas, etc. Também afirmam que não podem expressar seus sentimentos, tudo é motivo para receber medicamento e se acalmar, **"como se fosse doença chorar, hora se tou com saudade de casa, de minha gente, eu tenho mais é que chorar, você não acha?"(D.Ligia, 61 anos, FAM-10).**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, procurei analisar os dados que levantei, seguindo de forma sequenciada os pontos e questões necessários para que chegássemos ao objetivo que me propus, citado no capítulo 2. Levando em conta a importância da família e o fato de vê-la como a responsável pelos cuidados às pessoas doentes, é que me propus a conversar e conviver com um pequeno grupo de famílias, de uma localidade de ascendência açoriana e tentar captar da melhor forma possível, suas percepções e interpretações quanto aos fenômenos que norteiam o processo saúde e doença.

Acredito que, apesar de não poder responder com profundidade a todas as questões que sempre me inquietaram, pude, no decorrer desta investigação, observar como as pessoas vivenciam e falam de suas doenças, possuindo uma visão muito mais aberta e voltada para as suas realidades do que os profissionais formados dentro do modelo médico oficial.

Pretendo agora, nestas breves considerações, interligar os pontos descritos nos capítulos 4,5 e 6, tentando demonstrar que apesar de te-los vistos separadamente, eles se relacionam e se interligam constantemente.

Para mim, a família parece ser o centro de tudo, ela é que possui a definição e a explicação sobre o que sejam saúde e doença, e esta explicação é que determina

que itinerário seguir e como implementar as ações e os cuidados à saúde.

No Ribeirão, nenhuma doença é separada do contexto vivencial das pessoas envolvidas, alguém será considerado doente, quando não poder exercer suas atividades que são parte deste contexto. O bem-estar, a capacidade de trabalhar, se movimentar, brincar, comer, rir, etc, determinam um estado de "saúde". Porém o interessante é que me pareceu que não existe um estado de saúde absoluta e nem tão pouco de doença. O que existem são estados ou situações em que a pessoa "estar bem", "estar em transição", vive uma situação "especial" e está doente. Todas estas situações dão a idéia de perigo constante, e as pessoas como parte deste perigo, se previnem de doenças e incômodos através de regras de conduta.

As doenças e os incômodos, por sua vez, possuem várias causas que explicam como estes fenômenos tomam conta do organismo de uma pessoa. E, novamente, vemos que estas explicações estão relacionadas aos valores e às relações sociais do grupo em questão. Estes valores estão imbuídos das percepções e das atitudes destas famílias. Quando se atribue como causa de uma doença, o fato de se ter comido um alimento considerado perigoso ao organismo, isto ocorre porque ao longo da história desta comunidade, o saber popular constatou que estes alimentos continham contra-indicações ao bem estar das pessoas em um momento específico de suas vidas. Este saber popular que muitas vezes não é respeitado por profissio-

nais da medicina oficial tem uma razão para sua existência, esta razão está ligada às crenças, às condições sócio econômicas, a localização geográfica da comunidade, e a história das pessoas, seus ascendentes e colonizadores, que possuíam este saber quando aqui chegaram. A causa ou as causas de uma doença aparecem e se tornam mais claras, quanto mais características forem a sintomatologia e a reação ao tratamento realizado.

Uma doença complicada, com sintomas persistentes, que não responde ao tratamento, faz com que dentro da família ocorram novas avaliações quanto ao que está acontecendo, e aí, novas questões são elaboradas para se determinar "que" ou "quem" provocou o fenômeno, "por que" o fez e "como".

Classifiquei estas causas atribuindo a elas as denominações de Naturais e Místicas. Isto porque, a natureza e as características destas causas diferem, possuindo trajetórias opostas. As doenças que avalio como Naturais, são aquelas entre os Ribeironenses que apresentam o "comum" como característica principal. As doenças que avalio como tendo causas Místicas, se caracterizam pelo excepcional, pela dificuldade de se chegar ao agente desencadeador e pela resistência ao tratamento.

Estas causas também podem determinar quais terapias procurar durante o incômodo ou a doença. Constatei que no Ribeirão não existem especialistas mais procura-

dos ou menos procurados. Existem, isso sim, situações, doenças, incômodos e causas que permitem que se procure este ou aquele profissional separadamente ou concomitantemente.

Alguém poderia chegar a perguntar: e as doenças que você classificou como místicas? Os terapeutas da Medicina Oficial vão atender estes casos? Eu diria que sim, embora para o Ribeironense este profissional apenas auxilie no alívio dos sintomas físicos, porque os sintomas espirituais, estes ele entrega aos cuidados da benzedeira. Também é um fato, que este profissional não saberá que estará tratando em parceria com um terapeuta popular.

Não quero deixar a impressão de que este estudo visa somente enaltecer a prática da Medicina Popular, aliás, pude colher dados de pessoas que assumiam acreditar e realizar tratamentos tanto com a Medicina Oficial, quanto com a Popular, ou com as duas, ou com nenhuma delas. O importante, a meu ver, é deixar perceptível a existência de mais de uma Medicina, elas são muitas e atuam dentro de um contexto temporal e cultural em quase todos os grupos humanos do planeta, existindo espaço e razões para a existência de todas elas. Todas elas, à sua maneira, se preocupam com a saúde e o funcionamento dos corpos das pessoas. A diferença está na aproximação que algumas delas tem com estas pessoas e seus valores, vendo paciente e comunidade como algo inseparável quan-

do da avaliação de uma doença.

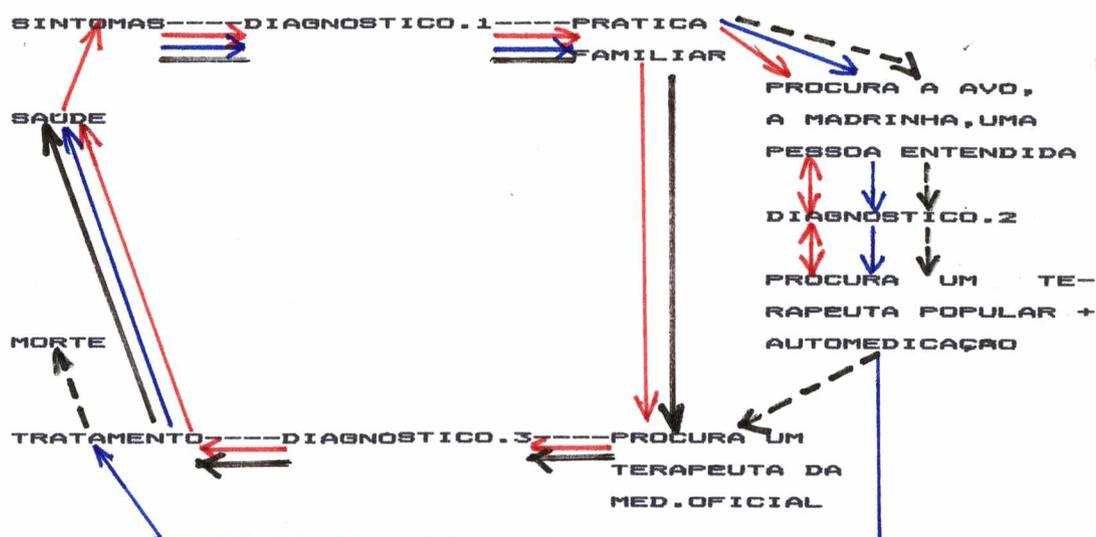
Com relação aos cuidados e à assistência que é prestada aos doentes e aos não doentes, o que considere de mais importante, foi evidenciar muito de perto o significado do que seja família e a atuação e a participação desta nas ações preventivas e curativas.

A família, através da sua visão de mundo sobre o que seja saúde e doença, é a responsável pela identificação inicial da doença, suas causas e o planejamento quanto ao itinerário a ser percorrido para se chegar a um estado de "bem estar" ou saúde. Ela é o melhor agente de saúde que uma comunidade pode desejar e se fosse devidamente respeitado o seu saber, poderia, como bem colocou ELSÉN (1988), ser fortalecida e amparada, não precisando ser substituída por profissionais, que terminam tentando atender todas as situações sem ter estrutura institucional para tal, usurpando conhecimento e deveres que eram próprios das famílias em outras épocas.

Para mim também ficou claro, que o próprio saber da Enfermagem como profissão, suas técnicas de assistência e cuidados, é a continuação do saber médico familiar, aplicado segundo pressupostos científicos, mas sem nunca deixar de ser a essência do que se fez e se faz de empírico dentro das famílias. SCOTT (1986), coloca que na família, especialmente nas unidades domésticas, o povo tem as suas unidades básicas de promoção da sobrevivência, com atitudes e ações que são utilizadas na

promoção da saúde. Isto nada mais é do que o cuidado familiar.

No que diz respeito ao itinerário de procura do bem estar no Ribeirão, as famílias seguem um caminho muito parecido com o percorrido por CAMPOS-NAVARRO (1989: 721) em seu Esquema Progressivo de Demanda Curativa. Adaptando-o ao Ribeirão (1) teremos:



O que o autor chama de ESQUEMA PROGRESSIVO DE DEMANDA CURATIVA, eu resolvi chamar de ITINERARIO DE PROCURA DO BEM ESTAR. Por que este titulo?

Porque a meu ver, as pessoas estão sempre a procura de um bem estar, que não significa necessariamente a cura total de um processo mórbido. Este itinerário realizado pelo doente e sua familia acontece a partir das percepções de saúde e doença e suas causas, e também levando-se em conta os suportes que a comunidade oferece como alternativa para os possíveis tratamentos.

(1) Cada côr corresponde a um itinerário de procura do bem estar

A caminhada poderá acabar no início, logo após o primeiro diagnóstico, ou ser longa e contínua nos casos das doenças crônicas, ou ser longa e levar o doente ao bem estar procurado, ou ainda findar com a morte do doente em questão.

Finalmente, quero concluir, colocando que o objetivo maior desta dissertação, foi repassar às pessoas que hoje a lêem, que existem muitos saberes e interpretações quanto aos aspectos relacionados à saúde e doença, mas estamos tão atrelados ao saber universitário que esquecemos de olhar para o que já vivemos e fomos em nosso próprio mundo particular, antes que entrássemos para a universidade.

Parece que tudo que aprendemos no passado se torna errado, não enxergamos que a ciência teve sua origem a partir do saber do homem comum, aquele que através de sua vivência constrói a sua e a nossa história, mas é esquecido e denominado charlatão, quando não tem a oportunidade de fazer um curso de Medicina, de Enfermagem, Nutrição, Antropologia, Sociologia Política e outras denominações.

De sábio passa a ignorante e com isto andamos a passos largos para a degeneração do saber da humanidade, ocorre o esquecimento, o povo desaprendendo a se autocuidar e passando a não compreender que as competências é o saber da família e das várias Medicinas exis-

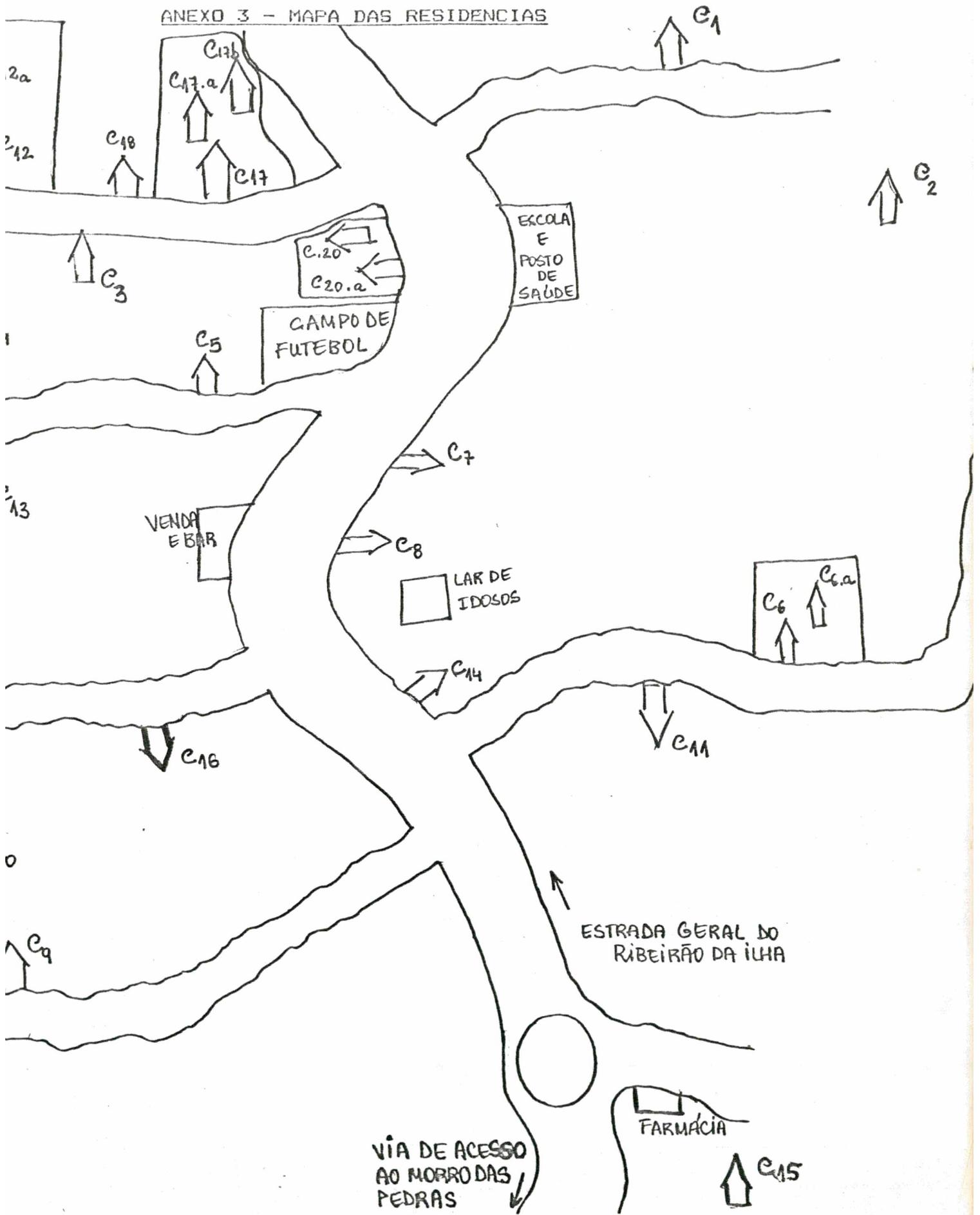
tentes podem trabalhar em conjunto, em benefício de todos e não apenas de alguns poucos felizardos com maior poder econômico. É preciso que o povo não se curve, que ele não esqueça e tampouco se adapte às imposições ideológicas.

ANEXOS

ANEXO 2 - MAPA DO RIBEIRAO DA ILHA



ANEXO 3 - MAPA DAS RESIDENCIAS



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, Betina Maria, VEIGA, Eliane Uctas, ALBERS, Suzane. Ilha de Santa Catarina: aspectos da colonização luso. In: **SEGUNDA SEMANA DE ESTUDOS AÇORIANOS**, 1987, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1987. 350p. p. 105-112.
- ALBUQUERQUE, C. M. C. P. **Tecendo redes sociais: a articulação de instituições sociais numa localidade pesqueira de Santa Catarina**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1983.
- ARAÚJO, Alceu Maynard. **Medicina rústica**. São Paulo: Nacional, 1977.
- AROUCA, Anamaria Tambellini. A análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: **Saúde e medicina no Brasil: contribuições para um debate**. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 296p. p.147-154.
- AZEVEDO, Teo. **Plantas medicinais, benzeduras e simpatias**. São Paulo: Global, 1984.
- BARRETO, Adalberto de Paula. **La médecine populaire dans le sertão du Ceará aujourd'hui**. Thèse de doctorat en Sociologie et Sciences Sociales. Lyon : Université Lyon II, 1989.
- _____. Romaria e saúde. **Desafio**, Fortaleza, v.1, n.1, p. 35-41, 1989.
- BASTOS, Ivanilde Herondina. **Alternativas de Cura: Plantas e Ervas Mediciniais**, Florianópolis, 1990. (mimeo)
- BECK, Anamaria, COSTA, E. F., LACERDA, J. C., et al. . Roça, pesca e renda: trabalho feminino e reprodução familiar. **Boletim de Ciências Sociais**, Florianópolis, n.23, p. 21-32, out./nov./dez. 1981.
- BELOTTI, Elena Gianini. **Educar para a submissão**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- BENEDICT, Ruth. **Padrões de Cultura**. Lisboa: Livros do Brasil, 1934.

- BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.
- BOITEUX, Lucas Alexandre. **Notas para a história catarinense**. Florianópolis: 1912.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BONTEMPO, Márcio. **Medicina natural**. 2.Ed. Porto Alegre: L&PM, 1985.
- BOTH, Elisabeth. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In:-----, **Medicinas tradicionais e medicina oficial na Amazônia**. Belém: CEJUP/UEPA/Museu Goeldi, 1991.
- CABRAL, Oswaldo. A medicina teológica e as benzeduras. **Arquivo**. São Paulo, n.CLX, 1958. 204p.
- CAMPOS-NAVARRO, R. Causas de consulta del curanderismo urbano. **América Indígena**, México, v. XLIX, n. 4, p. 703-725, oct./dic. 1989.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARNEIRO, Glauco. **Roteiro da ilha encantada**. Florianópolis: Expressão, 1987.
- CARTANA, Maria do Orto Fontoura. **Rede e suporte social de famílias**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- CARVALHO, Silvia Maria S., DELGADO-SOBRINHO, Antonio Talora, RAVAGNANI, Oswaldo Martins. Transmissão da arte de benzer e curar com plantas. **Perspectivas**, São Paulo, v. 5, p. 53-72, 1982.
- CARUSO, R. C. **Franklin Cascaes: vida e arte e a colonização açoriana**. Florianópolis: UFSC, 1989.
- COLLIERE, M. F. Invisible care and invisible women as health care-providers. **International Journal of Nursing Studies**, v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.
- COSTA, Ana Maria. **Riqueza do pobre: um estudo em Antropologia da saúde**. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília, 1979.

- CUNHA, B. C. De Almeida. **Saúde: a prioridade esquecida**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- DIAS, N. M. O. Mulher, mãe, dona de casa: agente de saúde da classe trabalhadora. **CCS**, João Pessoa, v. 9, n. 2, p. 63-74, abr./jun. 1987.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectivas, 1966.
- DUGAN, A. B. Compadrazgo: caring phenomenon among urban latinos and its relationship to health. In: **Care: the essence of nursing and health**, Thorofare (NJ): Slack, 1984.
- ELSÉN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brazilian fishing village**. Ph.D. Thesis. San Francisco: University of California, 1984.
- _____. Conceitos e práticas de saúde de famílias catarinenses vivendo em uma vila pesqueira. In: **I ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA**, 1988, São Paulo. Anais... São Paulo: USP/UFSC, 1988. 251p. p.215-221.
- ENGELS, F. **Origens da família, da propriedade e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização, 1987.
- EVANS-FRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os azandes**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- FERREIRA, A. B. de Holanda. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- _____. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- FOSTER, G. ANDERSON, B. **Medical anthropology**. New York: John Wiley e Sons, 1978.
- FRANCO, M. E. Dal Pai. A interação social feminina no meio rural como veículo de desenvolvimento: uma abordagem semântica etnográfica. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 550-556, maio, 1980.
- FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**, Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

- FRUTIGER, O. Techniques paramédicales en Savoie du Nord, fin du XIXe - début du XXe siècle. **Bulletin du Musée d'Ethnographie de Genève**, Genève, n. 29, p. 69-79, 1986.
- FUGLESANG, Andreas. Sabedoria popular e pseudoinformação. **A Saúde do Mundo**, Genebra, p. 4-7, jan./fev. 1989.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GOLDEBERG, M. A. A. Concepções sobre o papel da mulher no trabalho, na política e na família. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 15, p. 86-123, dez. 1975.
- GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.
- GROSSKURT, P. **Margaret Mead: uma vida de controvérsia**. Rio de Janeiro: Casa Maria/Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HARWOOD, A. The hot-cold theory of disease implications for treatment of Puerto Rican patients. **Journal of the American Medical Association**, New York, v. 216, n. 7, p. 1153-1158, may. 1971.
- HIEGEL, J. P. Cooperación con los curanderos tradicionales. **Foro Mundial de la Salud**, Ginebra, v. 3, n. 2, p. 266-270, 1982.
- IBÁÑEZ-NOVION, Martín Alberto. **El cuerpo humano, la enfermedad y su representación**. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília, 1974.
- LANDMANN, Jayme. **As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência?** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- LANGDON, Esther Jean, MACLENNAN, Robert. **Conceptos etiológicos de los Sibundoy e de la medicina occidental**, Cáliz (Colômbia), 1979. (mimeo)

- LANGDON, Esther Jean. Mulheres na ideologia e na vida cotidiana dos Sionas. **Boletim de Ciências Sociais**, Florianópolis, n. 45, p. 20-31, abr./maio, jun. 1987.
- _____. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 12-15, jan. 1988.
- LAPLANTINE, François. Medicinas tradicionais y medicina oficial en Brasil. **América Indígena**, v. XLIX, n. 4, p. 665-673, oct./dic. 1989.
- LAPLANTINE, François, RABEYRON, Paul Louis. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- LAUREL, A. C. La salud - enfermedad como processo social. **Rev. Latino America de Salud**, México, n.2, p. 7-25, 1982.
- LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 17, p. 500-503, 1983.
- _____. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de uma campo de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 21, p. 64-67, 1987.
- LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing-concepts theories and practices**. New York: John Wiley e Sons, 1978.
- _____. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofare (NJ): Slack, 1984.
- LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte**. São Paulo: Papirus, 1987.
- LEVACK, Brian P. **A caça às bruxas**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- LEVI-STRAUSS, Cláudio. **El pensamientos salvaje**. México: Fundo de Cultura Económica, 1962.
- _____. **Antropologia estrutural dois**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976.

- **Antropologia estrutural**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.
- LIMA, Maria José de. **Saúde das mulheres: o debate**. Rio de Janeiro: CEPFD, 1985.
- LOPES-AUSTIN, A. **Cuerpo humano y ideología: la concepción de los antiguos Nahuas**. México, 1980. (mimeo)
- LLOYD, G. E. R. The hot and cold, the dry and the wet greek philosophy. **Journal of Hellenic Studies**, n. 84, p. 92-106, 1964.
- LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros**. São Paulo: Difel, 1984.
- **A medicina popular**. In: **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Organizado por Reinaldo Guimarães. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 296p. p. 225-236.
- **Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma**. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 6, n. 35, p. 34-43, set. 1987.
- LUPI, João, LUPI, Suzana. **São João do Rio Vermelho - memória dos Açores em Santa Catarina**. Porto Alegre: Grafosul, 1987.
- MALINOWSKI, Bronislaw. **Magia, ciência y religión**. Barcelona: Ariel, 1974.
- **Os argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976.
- MALUF, Sonia. **Encontros perigosos: análise antropológica de narrativas sobre bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- MARCOS, Sylvia. El reto de las medicinas populares. **Espacio Local**, Cuernavaca, n.71, mayo./jun. 1989.
- MAUES, Raimundo Herald, MAUES, Maria Angélica Motta. O modelo de reima: representações alimentares em uma comunidade amazônica. In: **Anuário Antropológico 77**. Organizado por Roberto Cardoso de Oliveira. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

- **O folclóre da alimentaço: tabús alimenta-
res da Amazonia.** Belém: UFPA, 1980.
- MAUES, Raimundo Heraldo. **A ilha encantada: medicina
e xamanismo numa comunidade de pescadores.** Belém :
UFPA, 1990.
- MEAD, Margaret. **Sexo e temperamento.** São Paulo:
Perspectivas, 1979.
- MILES, Rosalind. **A história do mundo pela mulher.**
Rio de Janeiro: L.T.C., 1989.
- MONTERO, Paula. **Da doença à desordem, a magia na um-
banda.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- **Magia e pensamento mágico.** São Paulo: Ati-
ca, 1986.
- MORAES, J. F. R. de. **A construção social da enfermi-
dade.** São Paulo: Cortez, 1978.
- MORELLI, R., MISSONI, E. Formación de parteras tra-
dicionales en Nicaragua. **Foro Mundial de la Salud,**
Ginebra, v. 7, p. 156-161, 1986.
- MUÑOZ-BERNAND, C. **Enfermedad, daño y ideología: an-
tropología médica de los renacientes de Pindilig .**
Quito: Abya-Yala, 1986.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem.** São
Paulo: Cortez/Aben/Cepen, 1989.
- NOBREGA, Silvia, FRANCENELY, Neiva. Práticas casei-
ras no cuidado à saúde - tecnologia apropriada.
Rev. Bras. Enf., n. 3 e 4, p. 200-225, jul./dez.
1982.
- OLIVEIRA, D. P. **O ser doente: dimensão humana na
formação do profissional de saúde.** São Paulo: Mo-
raes, 1985.
- ORO, I. M. **Doente grave e famílias: percepção de
seus problemas.** Dissertação de Mestrado. Florianó-
polis: Universidade Federal de Santa Catarina,
1981.
- PARRY, E. H. O. La influencia de la cultura. **Foro
Mundial de la Salud,** Ginebra, n. 5, p. 58-62,
1984.

- PAULI, Evaldo. **A fundação de Florianópolis**. 2.ed. Florianópolis: Lunardelli, 1987.
- PEDERSEN, D. Curanderos, divindades, santos y doctores. **América Indígena**, v. XLIX, n. 4, p. 635-663, oct./dic. 1989.
- PELAEZ, Maria Cristina. **Recursos terapêuticos na medicina popular brasileira nos problemas gineco-obstétricos**. Trabalho de seleção para o Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1988. (mimeo)
- PEREIRA, Nereu do Vale. A Origem e a tecnologia dos engenhos de farinha de mandioca da ilha de Santa Catarina. In: **SEGUNDA SEMANA DE ESTUDOS AÇORIANOS**, 1987, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. 350p. p. 250-266.
- _____ . **Ribeirão da Ilha - vida e retratos, um distrito em destaque**. Florianópolis: Fundação Franklin Cascaes, 1991.
- PITANGUY, Jaqueline. O sexo bruxo. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 24-37, out. 1985.
- POLLAK-ELTZ, Angelina. Curanderismo y curanderos en Venezuela. **Anthropos**. Los Teques, v. 2, n. 3, p.54 - 78, jul./dic., 1981.
- PUPARELI, D. J. De. Función de la medicina popular en la comunidad entrerriana y su relación con la medicina oficial. In: **Cultura Tradicional del Area del Paraná Médio**. Buenos Aires: Fundación Federico Guillermo Bracht, 1984. 323p. p. 237-254.
- QUEIROZ, M. de S. **Representações de doenças e instituições de curas numa aldeia de pescadores**. Dissertação de Mestrado. Campinas: FCH/UNICAMP, 1978.
- RODRIGUES, C., MARTINS, C. H. O corpo dominado: a questão da saúde da mulher e o sexismo. **Boletim de Ciências Sociais**, Florianópolis, n. 45, abr./maio./jun. 1987.
- ROTH, J. A. Cuidados aos doentes: profissionalismo X amor. **Science, Medicine and Man**. v. 1, n. 3, p. 173-180, 1974.

- RUBEL, A. J. Concepts of disease in Mexican-American culture. **American Anthropologist**, n. 62, p. 795-814, 1960.
- SARFONG, P. Explicando o "por que" - conceito de doença em Gana. **Contact**, São Paulo, n. 44, p. 3-9, out. 1985.
- SINGER, Paul et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.
- SCOTT, R. P. A família recifense como beneficiária, vítima e veículo de cura. In: **Sistemas de Cura: as alternativas do povo**. Recife, UFPE, 1986. p. 236 p. 194-200.
- SOUZA, I. **O compadrio: da política ao sexo**. Petrópolis: Vozes, 1981.
- SPRADLEY, J. P., CURDY, D. **The cultural experience : ethnography in complex society**. New York: John Wiley e Sons, 1972.
- SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Rinehart e Winston, 1980.
- TOSI, Lúcia. Caça às bruxas: o saber das mulheres como obra do diabo. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 4, n. 20, p. 34-42, set./out. 1985.
- _____. As mulheres e a ciência: sábias, bruxas ou sabichonas? **Impressões**, Rio de Janeiro, n. 0, p. 9 - 20, dez. 1987.
- VARZEA, Virgílio. **Santa Catarina - A ilha**. Florianópolis: Lunardelli, 1985.
- WEIL, Pierre. **Nova Linguagem Holística**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/CEPA, 1987.
- WERNER, Dennis. Laços sociais e bem estar entre prostitutas femininas e travestis em Florianópolis. In: **ENCONTRO DE ANTROPOLOGIA (ABA)**, 1988, Campinas. Anais... Campinas: ABA, 1988.
- WOLF, E. Parentesco, amizade e relações de patrono-cliente em sociedades complexas. **Cadernos de Antropologia**, Brasília, n. 7, 1974.

- WOLF, Zane Robinson. O conceito de cuidar e comportamentos de cuidado identificados pela Enfermeira. Tradução de Fernando J. Volkmer. **Topics in Clinical Nursing**. p. 84-92, july. 1986.
- ZANCAN, Mariana. **Santé et travail ménager: le travail ménager, la maladie de toutes les femmes**. Paris : Tierce, 1978.