

***“O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS”***

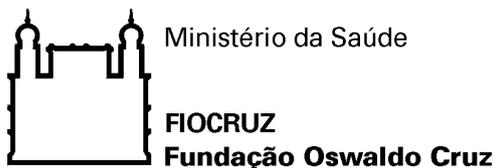
*por*

***Letícia Mendes Ricardo***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz*

*Rio de Janeiro, fevereiro de 2011.*



*Esta dissertação, intitulada*

***“O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS”***

*apresentada por*

***Letícia Mendes Ricardo***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Angelo Giovanni Rodrigues

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Bastos da Cunha

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 25 de fevereiro de 2011.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

R488 Ricardo, Leticia Mendes

O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. / Leticia Mendes Ricardo. Rio de Janeiro: s.n., 2011.

192 f., il., mapas

Orientador: Stotz, Eduardo Navarro

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

*“o conflito é o pai de todas as coisas:  
de alguns faz homens; de alguns, escravos; de alguns, homens livres”.*

**(Heráclito de Éfeso)**

**Às famílias acampadas, pré-assentadas e assentadas do  
Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra que estão  
“cavalgando o sonho e inventando o chão para o sonho florescer”  
(Thiago de Mello)**

## AGRADECIMENTOS

O trabalho de mestrado provocou mudanças em minha maneira de ver e compreender o mundo.

Essa pesquisa está imersa em projetos pessoais, não apenas profissionais, correspondendo à minha busca por “*ser mais*” – assim como nos ensina Paulo Freire. Com isso, ocorreram muitas “travessias”, ajudas, encontros e também desencontros.

Fruto de movimentos não tão recentes de construções e aprendizados, a dissertação de mestrado encerra-se nesse documento sem conseguir expressar todos os momentos e pessoas essenciais para sua realização.

Apesar disso, gostaria de destacar:

Minha família, em especial minha mãe pelo apoio em todos os planos e sonhos;

Os amigos de BH e do inesquecível DAFAFAR que estiveram presentes nos melhores momentos de estudo, discussão e diversão da minha vida; os amigos de Minas que estão no Rio e compartilham o itinerário Rio-BH dos feriados e finais de semana.

A minha família do Rio: Isa, “irmã” querida, e Tom, meu companheirinho fiel dos momentos mais solitários das escritas.

Os militantes do MST, especialmente do setor de saúde, e da Pastoral da Saúde: Julia, Ivi, Paraíba, Débora, Biazinha, Luiza, Maria Helena, Lucia.

Francisco e Maria que incentivaram a pesquisa, se entusiasmaram com a idéia e me ajudaram a viabilizá-la.

Os educandos da segunda e terceira turmas do Curso de Saúde do MST. As famílias que me receberam em suas casas durante o trabalho de campo e todos que participaram da pesquisa.

Eduardo Stotz, pela dedicada – e desafiadora! – orientação. Pelas inúmeras contribuições, disponibilidade, incentivo e força para realização do trabalho.

Victor Valla (*in memoriam*), que apesar do pouco tempo de co-orientação, ressaltou questões fundamentais para a pesquisa.

Professores do Departamento de Endemias Samuel Pessoa / ENSP que contribuíram na elaboração e discussão do projeto de mestrado e funcionários que sempre estiveram disponíveis para nos ajudar.

## RESUMO

No Brasil, as plantas medicinais vêm sendo utilizadas como recursos terapêuticos por grupos sociais e em momentos históricos diferentes. Nas últimas décadas observou-se o desenvolvimento de políticas, programas, regulamentos e recomendações sobre plantas medicinais nas três esferas do governo brasileiro.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) agrega trabalhadores rurais de origens diversas e os acampamentos, pré-assentamentos e assentamentos mantêm diferentes relações com a rede pública de assistência à saúde. Além disso, o Setor de Saúde do movimento incentiva o uso de plantas medicinais e introduz elementos de diferentes racionalidades médicas nas áreas.

Nesse contexto, o objetivo geral da presente pesquisa é estudar a concepção do processo saúde-doença-cuidado no uso de plantas medicinais pelos Agentes de Cura em assentamentos do MST / RJ. Possibilita, dessa forma, compreender a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros sistemas de cura pelos assentados.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que buscou promover o encontro de dois métodos – Representações Sociais, segundo a Psicologia Social, e Educação Popular – com a finalidade de compreender a Medicina Popular praticada em sua relação com a “situação-limite” vivida pelos assentados do MST.

A Educação Popular como método de análise favorece a identificação de “palavras-geradoras”, que nessa pesquisa têm um significado profundo para compreender os elementos componentes da Medicina Popular.

Seis Agentes de Cura moradores de três áreas organizadas pelo MST / RJ foram entrevistados. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas com roteiro-guia e observação participante.

O uso de plantas medicinais e a concepção do processo saúde-doença-cuidado foram descritos e analisados a partir de características convergentes, divergentes e singulares apresentadas pelos Agentes de Cura. Observou-se questões acerca de: colheita / coleta e processamento de plantas medicinais, indicações e precauções, observação e experimentação própria, ampliação do conhecimento, uso religioso de plantas medicinais, etiologia e diagnóstico, eficácia, recursos e sistemas terapêuticos.

Muito embora seja polissêmica e heterogênea, elementos comuns observados nas práticas de Medicina Popular baseada em plantas medicinais permitem caracterizá-la como um sistema médico não formal, em disputa permanente, numa situação-limite.

Aspectos conflitantes entre a Medicina Popular e a Biomedicina evidenciam que a convivência entre sistemas médicos não é harmônica, uma vez que estão em permanente disputa pelo monopólio do cuidado. O conceito de “campo” desenvolvido por Pierre Bourdieu foi utilizado a fim de compreender tal situação. Nota-se que a “unidade” conferida ao campo da saúde é dada pelos demandantes, seus familiares e amigos, que ao perfazerem itinerários terapêuticos se apropriam e conferem legitimidade aos diferentes sistemas médicos.

Nesse sentido, torna-se fundamental para a Saúde Pública buscar compreender as reflexões dos diversos grupos sociais sobre o processo saúde-doença-cuidado e, mais especificamente, sobre os usos dos recursos terapêuticos disponíveis, uma vez que isso influencia consideravelmente as opções terapêuticas feitas. A mediação entre saberes é urgente e delicada. Ampliar os espaços de diálogo entre profissionais e usuários de serviços, além de articular os diferentes conhecimentos, torna-se essencial.

**Palavras-chave:** Medicina Popular; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra; Plantas Medicinais; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, medicinal plants are been used as therapeutics resources by various social groups in different historical moments. In the past decades, the three Brazilian government spheres have been developing several policies, programs, regulations and recommendations about medicinal plants.

The Landless Workers' Movement (MST) join land workers from various origins and the settlements, pre settlements and camps maintain different relations with the public health system. Moreover, the movement's Health Sector stimulates the use of medicinal plants and introduces elements from different medical rationalities.

In that context, the general objective of this research is to study the health-illness-care process conception about the use of medicinal plants by Healer Agents in MST / RJ settlements. Therefore, it makes possible to understand how is the utilization by the MST's land workers of the Brazilian Health System (SUS) and other healing systems. It was carried out a qualitative research that associates two methods – Social Representations, according to the Social Psychology, and Popular Education – in order to understand the Popular Medicine practiced in its relation with the “borderline-situation” lived by the MST's land workers.

The Popular Education as an analysis method promotes the identification of “generative-words”, that have a particular purpose to comprehend the elements of Popular Medicine.

Six Healer Agents and inhabitants of three areas organized by MST / RJ were interviewed. There were proceeded semi-structured interviews with a guide form and participant observation.

The use of medicinal plants and the health-illness-care process conception were described and analyzed from convergent, divergent and unique characteristics presented by the Healer Agents. It was observed issues about: harvest / collect and medicinal plants processing, precautions and indications, observation and own experimentation, knowledge transmission, religious use of medicinal plants, etiology and diagnoses, efficacy, resources and therapeutical systems.

Although the Popular Medicine has a polysemous and a heterogeneous quality, common elements observed on its medicinal plants practices enable characterize it like a non formal medical system, on a permanent dispute, at a borderline-situation.

Conflicting features between Popular Medicine and Biomedicine show that the relationship between both systems is not harmonic, since they are on a permanent dispute for the care monopoly. The concept of “field”, developed by Pierre Bourdieu, was used in order to understand this situation. The unit conferred to the health field is given by the users, their familiars and friends, who give legitimacy to different medical systems.

In this way, it is crucial to Public Health to attempt to understand the different socials groups reflections about the health-illness-care process conception and, specifically, about the use of therapeutics resources available because it influences considerably the therapeutical choices. The mediation between knowledges is urgent and delicate. It becomes essential to increase the dialogue between professionals and health services users, as well as to articulate the different knowledges.

**Key words:** Popular Medicine; Landless Workers' Movement; Medicinal Plants; Unified Health System.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Fase inicial de categorização.....	61
QUADRO 2: Categorização utilizada na análise e discussão dos resultados.....	62
QUADRO 3: Mapa de associação de idéias.....	65
QUADRO – SÍNTESE 1: Conhecimento e uso de plantas medicinais.....	85
QUADRO – SÍNTESE 2: Concepção do processo saúde-doença-cuidado.....	102
QUADRO 4: Vocábulo mediadores das categorias.....	112

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>05</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>05</b>
<b>CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEÓRICO E PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>	<b>06</b>
1.1 REFORMA AGRÁRIA NO BRASIL E HISTÓRIA DO MST.....	06
1.2 POPULAÇÃO RURAL E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
1.2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO SUS.....	24
1.3 OBJETO DE ESTUDO: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO.....	28
1.3.1 USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	29
1.3.2 O PROCESSO DE SAÚDE, ADOECIMENTO E CUIDADO.....	33
<b>CAPÍTULO 2. OS DIÁLOGOS NAS ÁREAS: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>38</b>
2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
2.2 EDUCAÇÃO POPULAR COMO MÉTODO DE ANÁLISE.....	42
2.3 ESCOLHA DAS ÁREAS.....	45
2.4 ENTRADA EM CAMPO: OS “DOCS” DA PESQUISA.....	46
2.5 AS ÁREAS E OS AGENTES DE CURA.....	50
2.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	55
2.6.1 ENTREVISTAS.....	55

2.6.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	57
2.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	59
2.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
<b><i>CAPÍTULO 3. O USO DE PLANTAS MEDICINAIS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DA MEDICINA POPULAR.....</i></b>	<b>68</b>
3.1 CONHECIMENTO E USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	69
3.1.1 COLHEITA / COLETA E PROCESSAMENTO.....	69
3.1.2 INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES.....	72
3.1.3 OBSERVAÇÃO E EXPERIMENTAÇÃO COM PLANTAS MEDICINAIS.....	77
3.1.4 AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS	79
3.1.5 USO RELIGIOSO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	81
3.2 CONCEPÇÃO POPULAR DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO	86
3.2.1 ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO.....	86
3.2.2 EFICÁCIA TERAPÊUTICA.....	90
3.2.3 RECURSOS TERAPÊUTICOS.....	93
3.2.4 SISTEMAS TERAPÊUTICOS.....	96
3.2.4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	99
<b><i>CAPÍTULO 4. UM SISTEMA MÉDICO NÃO FORMAL, EM DISPUTA PERMANENTE, NUMA SITUAÇÃO-LIMITE.....</i></b>	<b>104</b>
4.1 A MEDICINA POPULAR ESTUDADA.....	105
4.1.1 PALAVRAS-GERADORAS: MEDIAÇÃO ENTRE CATEGORIAS.....	111
A) A OBSERVAÇÃO E A EXPERIMENTAÇÃO PRÓPRIA: A CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO POPULAR.....	112

B) PLANTAS MEDICINAIS: O PRINCIPAL RECURSO TERAPÊUTICO DA MEDICINA POPULAR ESTUDADA.....	117
C) CATEGORIAS DE MORBOSIDADE: CONCEPÇÕES ACERCA DE ETIOLOGIA, EFICÁCIA E RECURSOS TERAPÊUTICOS.....	121
C.1 ALIMENTAÇÃO E CONDIÇÕES DE VIDA.....	122
C.2 QUÍMICA, FÉ E AMOR COMO PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS.....	127
C.3 PROBLEMA DE NERVO.....	132
C.4 LIMPEZA.....	134
C.4.1 LIMPEZA ENQUANTO HIGIENE.....	134
C.4.2 LIMPEZA ENQUANTO EMERGÊNCIA DE SECREÇÕES.....	135
4.2 SISTEMAS MÉDICOS EM DISPUTA PERMANENTE.....	139
4.2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A HOMEOPATIA EM SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA POPULAR ESTUDADA.....	152
4.3 ATENÇÃO À SAÚDE DOS ASSENTADOS PELOS AGENTES DE CURA	155
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>160</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO I: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO II: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO III: GLOSSÁRIO DE TERMOS DA MEDICINA POPULAR BASEADA NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO IV: TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE.....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO V: TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COORDENAÇÃO DO</b>	

<b>ASSENTAMENTO / ACAMPAMENTO.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO VI: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO VII: PLANTAS MEDICINAIS USADAS EM ÁREAS DO MST NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....</b>	<b>189</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A utilização de plantas medicinais é tão antiga quanto a civilização humana <sup>1</sup>. Exemplo disso são os registros datados de 3000 a.C. na China que indicam a utilização de diversas ervas nos cuidados à saúde, alimentação e cosmética <sup>2</sup>.

As culturas indígena, africana e européia influenciaram marcadamente o uso de plantas medicinais no Brasil, constituindo as bases da Medicina Popular brasileira <sup>2</sup>. Somado a isso, a diversidade genética vegetal de aproximadamente 55 mil espécies catalogadas <sup>2</sup> favorece o uso de ervas medicinais pela população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito no arcabouço da Seguridade Social e com a proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde, é um marco na conquista da garantia constitucional de direitos sociais. Apesar disso, a população rural tem dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde, os quais, em grande parte, se localizam em áreas urbanas <sup>3, 4, 5, 6</sup>.

Nesse contexto, a utilização de plantas medicinais por trabalhadores rurais pode representar uma alternativa à dificuldade de acesso à assistência médica e medicamentos. Não obstante, minha experiência com algumas situações relacionadas ao uso de plantas medicinais por assentados do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) sinalizou outras questões envolvidas. Teve fundamental importância a participação em atividades de Iniciação Científica e Extensão Universitária, dentre elas o projeto “Extensão em assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST)” realizado no assentamento *Ho Chi Minh*, localizado em Nova União, Minas Gerais (MG), de meados de 2005 a final de 2007, sob orientação formal dos professores Gil Sevalho e Djenane Ramalho e posteriormente do professor Erly do Prado.

A elaboração do Trabalho de Conclusão da Especialização em Saúde Pública realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz em 2008 <sup>7</sup> também possibilitou perceber que a complexidade envolvida no uso de plantas medicinais é recorrente em vários grupos sociais da região sudeste brasileira. Tal complexidade sugere a inclusão de diversas expressões de saber no uso de ervas.

O MST está organizado em 24 estados brasileiros, agregando cerca de 350 mil famílias<sup>8</sup>, e de acordo com o relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde (2003)<sup>9</sup>, desempenha papel fundamental na fixação do trabalhador rural no campo.

De acordo com Gaia<sup>10</sup>, a conquista da terra não encerra a luta do MST. “Além da organização da produção agropecuária, têm-se outras bandeiras de luta como educação, saúde, formação política, cultura, direitos humanos, entre outros” (p. 39). Busca-se construir uma nova concepção de saúde junto às famílias, a qual deve estar alinhada à construção de uma nova sociedade, vivenciada na organicidade do movimento.

A organização do MST em setores é fundamental para os fins da presente pesquisa. Conforme será abordado posteriormente, há nove setores estruturantes, e dentre esses o setor saúde. Tal setor apresenta uma visão ampla sobre saúde, o que pode ser observado nas cartilhas do movimento. É enfatizado que a manutenção da saúde depende de boas condições de habitação, saneamento básico, renda, transporte, educação, alimentação saudável, meio-ambiente limpo, lazer, entre outros<sup>11</sup>. Cimbliris<sup>12</sup> lembra que os objetivos desse setor são: construir uma cultura de cuidado com a saúde; cultivar novos hábitos de saúde comunitária, combatendo os vícios; desenvolver hábitos de cuidados com a saúde através de esportes, teatro, música, pintura, poesia e organização de festas; cuidar dos ambientes domiciliares; cuidar dos banheiros e do esgoto; preservar a água; cuidar da alimentação; dispor o lixo adequadamente; cuidar da higiene; cuidar dos animais domésticos; cuidar da amizade, alegria e da solidariedade e organizar o cultivo de hortas medicinais.

A intersetorialidade das políticas públicas, articulando as políticas de saúde à de reforma agrária, e desenvolvendo ações e serviços de saúde em parceria com diferentes ministérios e movimentos sociais do campo, propiciaria “a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais, pequenos produtores rurais, indígenas e quilombolas”<sup>9</sup> (p. 52).

Nesse contexto, estudar concepções e experiências envolvendo saúde e plantas medicinais no meio rural possibilita compreender a utilização do SUS e de outros sistemas de cura pelos assentados. Dessa forma, pode-se contribuir para reflexão e aprimoramento da política de saúde voltada para a população do campo.

Conhecer plantas medicinais a partir de seu emprego por grupos sociais diversos exige uma abordagem abrangente, que ultrapasse “as fronteiras do simples registro do uso de plantas para fins medicinais, para levar em conta também o contexto sociocultural e ambiental em que ele ocorre” <sup>14</sup> (p. 50). Dessa forma, as particularidades do emprego de ervas medicinais não podem ser bem compreendidas se não se levar em consideração os fatores culturais envolvidos. Nesse sentido, Amorozo <sup>14</sup> afirma que

“[...] os membros de qualquer sociedade compartilham de uma certa visão de mundo que dá coesão ao grupo e que serve para explicar e dar significado à realidade. Este conjunto de símbolos está presente em todas as instâncias da vida em comunidade, mas é particularmente forte na determinação de interpretações de eventos ligados às doenças. As doenças são eventos que desestruturam a ordem cotidiana, trazendo sempre consigo uma dose de insegurança e incerteza quanto ao desenrolar dos acontecimentos: um sistema ordenado de explicações é necessário para a reorganização do mundo como ele é concebido e conhecido usualmente” (p. 51).

Observa-se, portanto, a importância de compreender o uso de plantas medicinais e as concepções populares sobre o processo saúde-doença-cuidado a fim de contextualizar a utilização de ervas por um grupo social específico. O entendimento do campo da saúde como saberes e práticas que disputam o monopólio do cuidado, acrescido do efeito dessa disputa sobre os pacientes, abre a possibilidade de adoção de diferentes itinerários terapêuticos por parte desses últimos <sup>15</sup>.

O presente trabalho tem o propósito de entender a concepção do processo saúde-doença-cuidado implicada no uso de plantas medicinais em assentamentos do MST no Estado do Rio de Janeiro.

Além da contribuição para a formação e capacitação no setorial saúde do MST, o estudo possibilita a sistematização do conhecimento sobre ervas que, atualizado por meio dos Agentes de Cura, faz parte da memória popular, inscrevendo-se num contínuo movimento de lembranças e esquecimentos.

A expressão “Agente de Cura” é utilizada nesse trabalho à semelhança de “Especialista da Cura”, desenvolvida por Maria Andréa Loyola no livro “Médicos e Curandeiros – conflito social e saúde” <sup>13</sup>. Em ambas as pesquisas, são sujeitos de referência procurados para indicação de tratamentos. Loyola recorre ao termo “Especialista” para situar a Medicina Popular no contexto das práticas médicas e, com isso, compreender a relação entre o seu

conteúdo e efeitos e a posição social tanto dos que a praticam como daqueles que a ela recorrem.

No presente texto optou-se pela utilização da expressão “Agente de Cura” por dois motivos: o primeiro se deve ao fato de os entrevistados da pesquisa não comercializarem seus produtos ou se intitularem “preparadores de ervas e remédios”, “curandeiros”, “benzedores”, “rezadores”, “parteiras”, “mães-de-santo”, “irmãs católicas”, “pastores protestantes” ou “oficiantes dos cultos espíritas”, como ocorreu no local de pesquisa de Loyola <sup>13</sup>. Dessa forma, nas áreas do MST visitadas não foram entrevistados sujeitos que tinham a prática de Medicina Popular como profissão e detinham interesses em conservar e ampliar sua clientela. O segundo motivo decorre do sentido que o termo “especialista” adquire nos dias atuais, o qual sugere atenção limitada e fragmentada à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estudar a concepção do processo saúde-doença-cuidado no uso de plantas medicinais pelos Agentes de Cura em assentamentos do MST / RJ.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Identificar os problemas de saúde atendidos nos assentamentos / acampamentos;

2.2.2 Perceber a concepção dos Agentes de Cura do MST / RJ sobre etiologia, eficácia terapêutica, recursos e sistemas terapêuticos utilizados;

2.2.3 Estudar as características do conhecimento sobre plantas medicinais e a utilização das mesmas pelos Agentes de Cura no processo saúde-doença-cuidado;

2.2.4 Analisar o processo de transmissão do conhecimento sobre plantas medicinais nos assentamentos / acampamentos;

2.2.5 Contribuir para a sistematização do saber popular sobre saúde existente nos assentamentos / acampamentos.

2.2.6 Contribuir para a reflexão de profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde sobre a relação entre saberes populares e científico no uso de plantas medicinais.

## **CAPÍTULO 1.**

### ***REFERENCIAL TEÓRICO E PROBLEMATIZAÇÃO***

Tendo em vista delimitar o objeto de estudo do ponto de vista teórico, apresenta-se, a seguir, uma revisão da literatura sobre os temas da Reforma Agrária Brasileira e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, da População Rural e Acesso ao SUS e do Uso de Plantas Medicinais.

#### **1.1 REFORMA AGRÁRIA NO BRASIL E HISTÓRIA DO MST**

De acordo com Borras Jr. & McKinley <sup>16</sup>, em artigo para o Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo, “desigualdades agudas na distribuição de terras têm permanecido como uma das principais causas da extrema pobreza em muitos países em desenvolvimento” (p. 1). No Brasil, por exemplo, durante o período de 1997 a 2005, apenas 0,4 % do total de terras agricultáveis foram redistribuídas à população. Os autores afirmam que para o sucesso de uma reforma agrária capaz de satisfazer as demandas da justiça social e de desenvolver um sistema agrário economicamente viável, é fundamental a formação de organizações populares autônomas em relação ao Estado a fim de pressionar essa instituição para elaboração e execução de programas desse tipo. Como exemplos citam os casos do México, na década de 1930, e da Índia, em 1960 e 1970, além da emergência recente de organizações populares nas Filipinas e no Brasil.

Nesse contexto, e diante do alarmante quadro social brasileiro, os assentamentos representam uma importante iniciativa no sentido de promover um modelo de desenvolvimento agrícola e social em bases mais equitativas <sup>17</sup>. Entretanto, a formação de assentamentos em áreas rurais e a conquista da terra, não sendo conseqüências de política de desenvolvimento do campo, não acarretam a obtenção de infraestrutura de serviços básicos e de produção <sup>18</sup>.

De acordo com Hackbart <sup>19</sup>, a Reforma Agrária (RA) deve ser entendida como o

“[...] conjunto de medidas que visa promover – mediante a redistribuição da propriedade e do uso da terra acompanhada de políticas públicas (federais, estaduais e municipais) de apoio à produção, comercialização, educação, saúde e habitação – a integração do assentado no mundo dos direitos e também no processo produtivo nacional. Portanto, reforma agrária não significa somente a redistribuição da posse e uso da terra. A reforma agrária serve para desconcentrar e democratizar a estrutura fundiária, gerar ocupação e renda, diversificar o comércio e os serviços no meio rural, reduzir a migração campo-cidade, interiorizar os serviços públicos básicos, democratizar as estruturas de poder e promover a cidadania e a justiça social” (p. 1).

Segundo Freire <sup>20</sup>, desde a criação das Capitânicas Hereditárias permanece, no Brasil, a idéia da propriedade de grandes porções de terras nas mãos de poucas pessoas. Tal desigualdade na distribuição fundiária, conseqüência do processo sócio-histórico que se iniciou com a colonização brasileira, provoca diversos conflitos e violência no campo.

No Brasil, as constantes e numerosas fugas de escravos em meados do século XIX, e a conseqüente formação de quilombos, associadas à pressão internacional para eliminação da escravidão no Brasil, fizeram com que a Coroa legislasse sobre a posse de terras <sup>21</sup>. Com a iminência do fim do tráfico negreiro, e para assegurar que os escravos continuassem nas fazendas, garantindo a força de trabalho assalariada e possibilitar que os imigrantes europeus adquirissem terras, foi promulgada a Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850 <sup>21</sup>. Esta lei, conhecida como Lei de Terras, determinava que “somente poderia ser considerado proprietário de terra quem legalizasse sua propriedade nos cartórios, pagando certa quantidade em dinheiro para a Coroa” <sup>21</sup> (p. 11). Dessa forma, por não possuírem recursos suficientes, foram excluídos da possibilidade de aquisição de terras os pobres e os escravos libertos. Stédile <sup>21</sup> afirma também que

“[...] a outra conseqüência social desta lei foi a consolidação do grande latifúndio como estrutura básica da distribuição de terras no Brasil. Aqueles que tinham recebido as sesmarias regularizaram suas posses e transformaram-nas em propriedade privada, assegurando, assim, o domínio da principal riqueza do país: suas terras” (p. 11).

Segundo o autor, em razão do caráter discriminatório da Lei de Terras, no final do século XIX surgiram os primeiros grandes movimentos camponeses, “que tinham como principal bandeira o acesso mais fácil à terra, o que significaria melhora nas condições de vida daquelas pessoas” <sup>21</sup> (p. 11).

As eleições de 1946 para elaboração de uma nova carta constitucional brasileira podem ser consideradas um marco na questão da luta pela terra no Brasil porque foi nessa

Assembléia Constituinte que se falou pela primeira vez na necessidade de uma Reforma Agrária. Luís Carlos Prestes, então senador pelo Partido Comunista Brasileiro, apresentou uma proposta de projeto de lei sobre o assunto que continha o conceito de que a propriedade de terra deveria estar vinculada ao uso social para produção <sup>21</sup>. Apesar dessa proposta ter sido derrotada no parlamento, foi introduzida na Constituição o preceito da desapropriação de terras por parte do governo, caso fosse de interesse social.

No entanto, a ausência de uma política de distribuição de terras gerava uma série de conflitos sociais. De um lado situavam enormes contingentes de camponeses pobres vivendo como posseiros e do outro os supostos proprietários, em geral grileiros <sup>21</sup>.

Outro momento importante na história da luta pela terra no Brasil foi a década de 1960. “Acumulavam-se os problemas sociais no campo, pela pressão de enormes contingentes de camponeses pobres, e continuava inexistindo uma política governamental para resolvê-los” <sup>21</sup> (p. 13). Medeiros <sup>22</sup> lembra que os conflitos no campo se generalizaram, adquirindo nos anos 1950 e 1960 um caráter nacional, quando praticamente todos os estados passaram a vivenciar tensões de diferentes naturezas; além disso, nesse período foi constituída uma nova identidade e linguagem comum “que passaram a agregar, no plano político, diferentes tipos de trabalhadores, em regiões distintas, e em que se forjou uma bandeira de luta que aparecia como unificadora: a reforma agrária” (p. 50). Romano <sup>23</sup> afirma que diferentes formas de mediação e representação do campesinato têm se manifestado a partir dos anos 1950. Entre as décadas de 1950 e início de 1960, os principais atores foram os sindicatos de trabalhadores rurais, as entidades leigas da Igreja Católica, as Ligas Camponesas, o Partido Comunista Brasileiro e algumas agências do estado desenvolvimentista-populista <sup>23</sup>.

O modelo adotado para o campo durante os vinte anos de regime militar (1964-1984) estimulou o desenvolvimento do capitalismo na agricultura. Baseava-se no latifúndio e estava atrelado aos interesses do capital estrangeiro vinculado a um processo de industrialização acelerada na cidade <sup>21</sup>.

Os camponeses que não tinham terra passaram a migrar para as cidades ou para regiões do norte do país. Os principais movimentos sociais foram proibidos e seus líderes assassinados, presos ou exilados.

Stédile <sup>21</sup> afirma que as orientações norte-americanas expressas na política da Aliança para o Progresso propunham medidas de reforma agrária como meio de evitar revoluções. Com isso, o governo decretou um pacote de leis agrárias – que representava um avanço em relação às existentes –, reunidas no Estatuto da Terra, mas que não saíram do papel. O referido estatuto criou o Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (Inda) que posteriormente foi transformado em Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

Entre o final dos anos 1970 e a década de 1980, passaram a atuar no campo, dentre outras entidades, o Movimento Sindical de Trabalhadores Rurais construído em torno da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag), a CUT-Rural, a Igreja Católica – em especial a Comissão Pastoral da Terra –, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e agências do Estado (Empresas de Assistência Técnica e Extensão Rural – EMATER –, Incra e o Ministério Extraordinário para o Desenvolvimento e a Reforma Agrária – Mirad) <sup>23</sup>. Outros mediadores, de caráter mais regional, passaram a se destacar: Conselho Nacional de Seringueiros na Amazônia e a Comissão Regional de Atingidos pelas Barragens do Alto Uruguai; somado a estes também havia organizações locais, como associações, cooperativas e em certa medida algumas Organizações Não Governamentais.

Cabe destacar o papel crucial das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da igreja católica, que foram os espaços de socialização política que permitiram a recriação da organização camponesa <sup>24</sup>. Por meio da Teologia da Libertação, movimento de renovação da Igreja, as CEBs empreenderam reflexões e aprendizados sobre como transformar a realidade por intermédio da luta pela terra, “recusando a condição imposta pela política da modernização conservadora” <sup>24</sup> (p. 50).

As reivindicações por terras passaram a ganhar legitimidade com a progressiva abertura democrática do Brasil nos anos 1980, fazendo com que o Estado começasse a desapropriar áreas em conflitos e a transformá-las nos primeiros assentamentos <sup>25</sup>.

O Censo Agropecuário de 2006 conduzido pelo IBGE <sup>26</sup> mostrou a permanência da desigualdade na distribuição de terras no território brasileiro. De acordo com esse documento as propriedades agropecuárias com menos de 10 ha ocupam 2,7 % da área envolvida em estabelecimentos rurais, apesar de representarem 47 % do total de estabelecimentos. Já as

grandes propriedades – com mais de 1000 ha – ocupam 43 % da área total, mas representam apenas 0,91 % do total de estabelecimentos rurais. O Censo também atualizou o Índice de Gini da estrutura agrária do país, que em 1985 era de 0,857, em 1995 0,856 e em 2006 0,872.

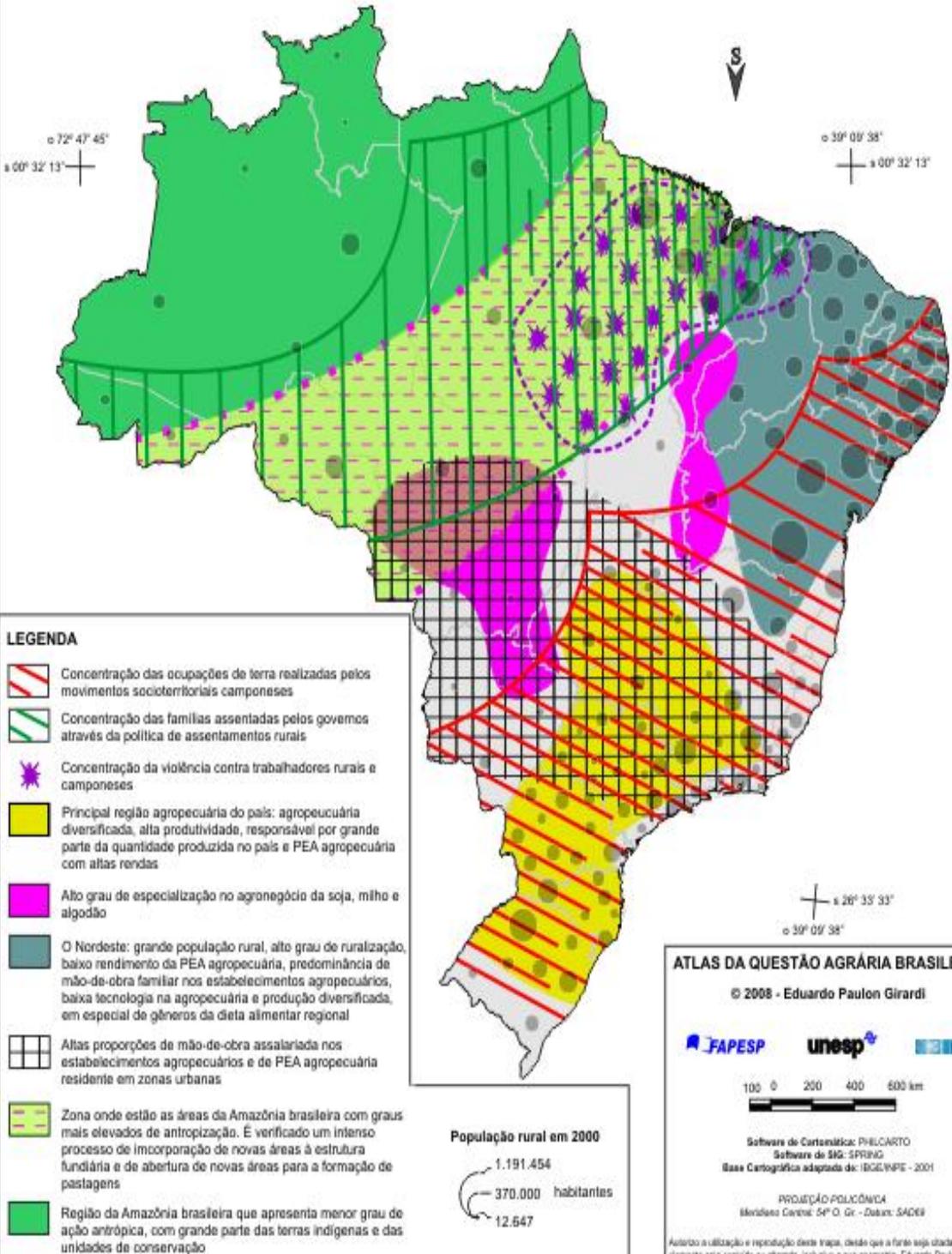
Segundo a Portaria nº 2607 <sup>27</sup> do Ministério da Saúde,

“[...] 37 % das famílias rurais vivem abaixo da linha da pobreza, 11 % vivem somente da aposentadoria rural e 4,8 milhões de famílias são agricultores sem terra. A iniquidade na distribuição da riqueza é apresentada em números: apenas 600 dos 850 milhões de hectares de superfície do território brasileiro foram registrados pelo Incra. Desses, 250 milhões de hectares estão classificados como terras devolutas e 285 milhões como latifúndios. Associada à elevada concentração da terra, há uma imensa desigualdade no acesso à renda.” (p. 07)

Amorozo <sup>14</sup> afirma que a concentração de terras, ao impedir o acesso do agricultor à terra de trabalho e impossibilitar a exploração dos ambientes adjacentes para obtenção de produtos necessários para a manutenção do modo de vida da comunidade, acaba por inviabilizar a economia de subsistência, afetando inclusive o cultivo e a cultura de plantas medicinais. “Com isso, corre-se o risco de perder não só espécies nativas com valor terapêutico, mas também o conhecimento, ditado pela experiência de muitas gerações, que orienta o seu uso” <sup>14</sup> (p. 59).

Em sua tese de doutorado, Girardi <sup>28</sup> elaborou um mapa-síntese da configuração da “questão agrária brasileira” – discussão que focaliza os efeitos do capitalismo no campo. Considerando que é um recurso que expressa bem a situação atual do Brasil agrário, o referido mapa é apresentado a seguir:

# O BRASIL AGRÁRIO



Fernandes <sup>24</sup> afirma que a gênese do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra ocorreu no interior das “lutas de resistência dos trabalhadores contra a expropriação, a expulsão e o trabalho assalariado” (p. 50).

Durante quatro anos, de 1979 a 1984, houve a reunião e a articulação das primeiras experiências de ocupações de terras. Tais ações ocorreram nos estados Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul <sup>24</sup>.

Em janeiro de 1984 ocorreu o 1º Encontro Nacional do MST em Cascavel (PR). Em 1985, com um número maior de participantes, aconteceu o 1º Congresso Nacional do MST em Curitiba (PR), em que foi deliberada a estrutura organizativa do movimento, a criação dos símbolos do mesmo e elaboração dos princípios e linhas políticas a serem seguidos. Com isso, o processo de territorialização do MST pelo Brasil foi iniciado <sup>24</sup>.

Atualmente o MST está organizado em torno de três objetivos principais: “lutar pela terra”, “lutar pela reforma agrária” e “lutar por uma sociedade mais justa e fraterna”.

O MST compreende o camponês e o campesinato como parte integrante da classe trabalhadora e afirma a agricultura camponesa, em detrimento à denominação “agricultura familiar”.

Os camponeses não vendem força de trabalho para o capital e são proprietários dos meios de produção. A unidade de produção baseia-se na diversidade de produtos e subprodutos de origem agropecuária e também os oriundos do extrativismo e da pesca <sup>30</sup>. De acordo com Júnior <sup>29</sup>, esse modo de produção

“[...] está vinculado à cultura histórica da policultura, que se expressa numa infinidade de saberes e modos de lidar com a terra, com a água, com as sementes, com os bosques, com os animais e tem possibilitado aos camponeses autonomia econômica e, sobretudo, manter-se histórica e socialmente” (p. 294).

Há valorização da cultura e preservação da biodiversidade, considerando também as gerações futuras. Os povos e as comunidades têm a possibilidade de decidirem sobre os alimentos que consomem e sobre a relação da produção agropecuária com os consumidores, a qual baseia-se nos circuitos curtos de produção / consumo, na qualidade / sanidade dos produtos e preços remuneradores para os produtores e suas famílias <sup>29</sup>.

O autor afirma que a agricultura familiar apresenta-se como alternativa à agricultura camponesa e que transfere todos os problemas para o mercado, retirando os conflitos de classe de cena <sup>29</sup>. Carneiro <sup>30</sup> (p. 329), no entanto, observa que entendida em termos gerais como “uma unidade de produção onde trabalho, terra e família estão intimamente relacionados”, a agricultura familiar engloba, num único conceito, uma grande variedade de agricultores. Dessa forma, pode incluir agricultores que vão desde a agricultura de subsistência até a monocultura tecnificada, orientada exclusivamente para as demandas de mercado.

“[...] Nesse sentido, não seria adequado identificar o agricultor familiar a uma classe social, como resultado de um processo de diferenciação social onde o termo agricultor familiar seria atribuído à exploração moderna, com base no trabalho familiar, orientada pela lógica empresarial capitalista, em oposição ao camponês, tido como uma categoria social do passado e não capitalista” <sup>30</sup> (p. 329).

Conforme abordado anteriormente, apesar das divergências teórico-conceituais dos termos agricultura familiar e camponesa, o MST opta por esta última, afirmando sua íntima relação com a preservação do meio ambiente, soberania alimentar e oposição ao agronegócio.

A estrutura básica do movimento é formada pela coordenação, direção, secretaria e setores. Nesse contexto, as instâncias de representação são a direção e coordenação estaduais e as coordenações de assentamentos e acampamentos <sup>24</sup>.

O menor nível de estruturação do MST nas áreas são os núcleos de famílias, compostos por aproximadamente 10 famílias de um assentamento ou acampamento e coordenado por uma mulher e um homem. O conjunto de coordenadores de núcleos, mais os dois representantes de cada setor – frente de massas, produção, cooperação e meio ambiente, saúde, educação, formação, gênero, comunicação e cultura – e os representantes das equipes de disciplina, direitos humanos, finanças e juventude compõem a coordenação da área <sup>12</sup>. O conjunto de diversos núcleos, totalizando em média 500 famílias de uma determinada região, forma uma *brigada*. Nessa instância são organizados e planejados os núcleos, setores, direção e coordenação estadual.

Giuliani & Castro <sup>25</sup>, reafirmando as assertivas de Castro (1995), ressaltam três questões que configuram uma história singular de constituição de movimentos sociais de luta pela democratização do acesso à terra no estado do Rio de Janeiro. Segundo os autores, o primeiro fator deve-se ao setor primário fluminense ter sido considerado pouco expressivo e em franca decadência. Apesar disso, observam que o estado desenvolveu também grande diversificação

da produção agropecuária, o que, associado a um “crescente processo de expansão das áreas periféricas metropolitanas, contribuiu para manter alta a pressão social sobre a terra, já que a propriedade fundiária permaneceu muito concentrada”<sup>25</sup> (p. 144). O segundo fator relaciona-se à rápida urbanização do estado do Rio de Janeiro e das fronteiras agrícolas. De acordo com os autores, desde a década de 1950 o estado apresenta uma alta taxa de urbanização, fazendo com que o peso da cidade influenciasse significativamente a história dos movimentos sociais do campo. Ressaltam que

“[...] a crescente tendência à urbanização e especulação imobiliária, somada ao déficit de moradia, levaram a região metropolitana a se estender, unindo municípios mais distantes (ex. os da Baixada Fluminense), em um “Grande Rio”, com uma infra-estrutura bastante precária, mantendo assim essa área como palco da maioria dos conflitos agrários do Estado”<sup>25</sup> (p. 145).

Em 1979 foram criados os primeiros assentamentos na região, envolvendo um número limitado de famílias e com grande apoio da CPT regional. Contudo, apenas a partir de meados dos anos 1980, quando se rearticularam os movimentos de reivindicação e ocupação de terra, foi formado o primeiro assentamento de porte médio, “Campo Alegre”, criado a partir de uma ocupação em 1986, quando a CPT novamente teve papel fundamental<sup>25</sup>. Nesse período a tensão entre urbano e rural apareceu sobretudo no plano político, quando o MST avaliou inicialmente que a luta pela terra no estado do Rio de Janeiro era conduzida por movimentos de “sem teto” e não de “sem terra”. Com isso, o MST deixou de organizar a luta por terra no estado em 1988 e a partir de então surgiu o Núcleo de Agricultores Fluminenses (NAF). Com apoio da CPT foi fundada, no mesmo ano, a Comissão de Assentados do Rio de Janeiro, a qual unificou os movimentos atuantes no estado. À partir de 1993, com a fundação da Secretaria Regional do MST no Rio de Janeiro, esse movimento retomou sua atuação no estado com a participação de lideranças locais que antes se organizavam por meio da Comissão de Assentados. Segundo Giuliani & Castro<sup>25</sup>, nas regiões metropolitanas a maioria dos assentados “não vem de outras áreas rurais, mas tem percorrido a trajetória rural-urbanorural. Outros assentados vêm diretamente de áreas urbanas, sem jamais terem trabalhado na terra” (p. 145).

O terceiro fator que particulariza a história da luta pela terra no Rio de Janeiro refere-se à singular relação que os movimentos sociais rurais estabeleceram com o aparato estatal. Reportando-se a Novicki (1992), Giuliani & Castro<sup>25</sup> afirmam que o governo Brizola de 1982 apoiou a organização e implantação de diversos assentamentos. A criação da Secretaria de

Assuntos Fundiários (SEAF) procurou garantir a implantação e permanência de assentamentos rurais na tentativa de suprir a carência de projetos do governo federal para a reforma agrária no estado na década de 1980. “O governo distribuía auxílios financeiros para insumos, máquinas e para a sobrevivência dos assentados até a primeira colheita; dificultava as ações jurídicas e desmobilizava a polícia nos casos de reintegração de posse nas áreas de conflito”<sup>25</sup> (p. 146). A estreita relação entre o representante de cada assentamento com o governo implicou o surgimento de “chefias”, favorecendo a personalização do movimento. Giuliani & Castro<sup>25</sup> observam ainda que até essa época a dupla intervenção dos governos – federal e estadual, por meio do INCRA e da SEAF, respectivamente – causava sérios problemas, como em alguns assentamentos onde parte das famílias foi assentada por uma instituição e parte por outra, dificultando o processo de legalização dos assentados e organização de ações conjuntas para solicitação de recursos, créditos e implementos.

No presente trabalho será utilizada a noção de “Assentamento rural” indicada por Neves<sup>31</sup>.

“[...] o assentamento constitui uma unidade social local de construção de identidades de pertencimento, a partir da vivência de experiências comuns. Sua especificidade decorre do fato de que, neste espaço, se objetivam rupturas nas posições sociais e, por conseqüência, nas relações de poder e na visão de mundo, cujos desdobramentos são de diversas ordens. A organização social revela a constituição ou a reconstituição de posições sociais mediante jogo de forças em que se destacam as demandas e as pressões dos que se desejam beneficiários da propriedade da terra. Expressa ainda efeitos que tal aquisição assegura, benefício cuja possibilidade depende de intervenções imediatas ou anunciadas por uma autoridade estatal, de rede de relações onde interagem seus demandantes, opositores, apoiadores e mediadores” (p. 8)

Nesse sentido, Castro<sup>32</sup> observa que os assentamentos fazem parte da realidade do campo brasileiro, devendo ser compreendidos como resultados dos processos políticos que os conformam a partir de ocupações e resistências, estando suas configurações internas, relações estabelecidas com a sociedade e as diversas instâncias que neles intervêm, em constante processo de construção e reconstrução. Somado a isso, devem ser observados a partir “da realidade de convivência nos próprios assentamentos, onde redes de relações se formam, surgem novas relações de vizinhança, de manifestações culturais, religiosas, etc.”<sup>32</sup> (p. 81)

Essa autora<sup>32</sup> ainda afirma que os assentamentos podem ser compreendidos “a partir do conceito de localidade onde o espaço rural atende às necessidades básicas de bens e serviços da sua população e a integração com os municípios passa a ser uma relação de troca comercial e de lazer” (p. 92). Entretanto, afirma que atualmente a situação mais freqüente é a

dependência do espaço rural em relação aos núcleos urbanos com acentuada dificuldade de acesso a bens e serviços <sup>32</sup>. Ressalta, apesar disso, que “essa integração e a viabilização de espaços rurais que tenham à disposição esses serviços representam uma ampliação dos seus direitos de cidadão, que já começaram a ser conquistados com a luta pela terra.” (p. 92)

Os acampamentos, assim como os assentamentos, têm fundamental importância no cenário de disputa pela terra. Entretanto, são poucos os dados que se referem tanto à área da saúde quanto às demais áreas num contexto de acampamento rural <sup>10</sup>. Essa autora afirma que isso se deve ao fato de que “os acampados e as acampadas não são considerados ainda como beneficiários do Programa de Reforma Agrária do Governo Federal e são encarados nos municípios como população flutuante” (p. 39). Sendo assim, as poucas informações existentes se referem mais aos assentamentos já consolidados <sup>10</sup>.

Os acampamentos, originados das ocupações dos trabalhadores sem terra com o intuito de pressionar a desapropriação de uma área, constituem o momento inicial da luta pela terra. Os acampados moram em barracas de lona preta, normalmente na beira de estradas, e não dispõem de áreas para plantio. As condições de vida são precárias, assim como a infraestrutura social – acesso aos serviços públicos de saúde e educação, transporte e moradia.

Os estudos sobre assentamentos devem levar em conta que as dinâmicas internas geradas pela convivência de famílias durante períodos de atuação comunitária (organização da luta) são influenciadas por “origem, cultura, disponibilidade patrimonial, composição familiar, motivações, aspirações, etc. bastante diferentes” <sup>25</sup> (p. 142). Entretanto, apesar do processo de constituição e desenvolvimento das diferentes comunidades serem singulares, surgem novas formas típicas de sociabilidade entre assentados e entre estes e a sociedade maior <sup>25</sup>.

Os pré-assentamentos formam um estágio intermediário entre acampamentos e assentamentos. Nesse momento os trabalhadores rurais já estão em negociação com o governo para destinar a área para fins de Reforma Agrária. Entretanto, a falta de legalização do pré-assentamento, que se estende por vários anos, podendo chegar a mais de uma década, impede a liberação de crédito para produção e habitação. Com isso, a situação de imprevisto e precariedade se estende sobremaneira, gerando insegurança e conflitos internos.

## 1.2 POPULAÇÃO RURAL E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Portaria nº 2607 <sup>27</sup> do Ministério da Saúde, de 10 de dezembro de 2004, que aprova o Plano Nacional de Saúde, a população do campo compreende: agricultores, trabalhadores rurais assalariados e aqueles em regime de trabalho temporário, trabalhadores rurais assentados, trabalhadores rurais que não têm acesso à terra e residem em acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, populações que moram em reservas extrativistas, população ribeirinha, populações atingidas por barragens e trabalhadores que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo.

Em relação aos assentamentos, Castro <sup>32</sup> afirma que

“[...] os estudos mostram os limites impostos por essas estruturas, nas quais o tamanho reduzido dos lotes, a baixa qualidade da terra, a falta de incentivos financeiros e a escassez de tecnologia desenvolvida nas áreas tendem a reproduzir a unidade mais perversa da estrutura agrária brasileira: o minifúndio. De fato, embora as condições de vida de parte dos assentados tenham melhorado em relação ao seu passado e eles estejam inseridos no mercado, sua capacidade de capitalização e desenvolvimento se mantém muito incipiente.” (p. 80 e 81)

Inserir-se também nesse contexto a falta e / ou limitações das políticas públicas. No caso da saúde, a dificuldade de acesso ao SUS é parte das dificuldades estruturais, econômicas e sociais no campo.

Albuquerque et al <sup>33</sup> observam que são poucas as informações epidemiológicas e estudos recentes sobre morbi-mortalidade de populações rurais. São escassas especialmente as informações locais sobre saúde, uma vez que, nas palavras dos autores, “mesmo nas Secretarias Municipais de Saúde com programas de certo impacto na área rural, os dados sobre as condições de saúde ou ocorrência de agravos à saúde são poucos e não estão sistematizados” (p. 40).

Uma consideração importante diz respeito ao fato de que na visão predominante do campo da saúde as condições de vida ou determinantes deixam de lado o crucial problema do acesso à terra pelos camponeses.

Os mesmos autores <sup>33</sup>, estudando a situação de saúde de uma amostra de municípios brasileiros com populações assentadas, concluíram que apesar de a infra-estrutura

ambulatorial ter aumentado em número e complexidade da oferta em diversos municípios, a disponibilidade de serviços nos meios urbanos e rurais demonstram grande desigualdade. Segundo a Portaria citada anteriormente <sup>27</sup>, na zona rural brasileira “são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza, decorrente das restrições de acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida.” (p. 07).

Carneiro <sup>34</sup> observou em estudo comparativo sobre condições de saúde entre famílias do MST e de “bóias-frias” de Unaí (MG) que as famílias residentes na área urbana tinham melhor acesso ao sistema de saúde (98,8 %). Segundo esse pesquisador <sup>34</sup>, o assentamento e o acampamento estudados apresentavam uso muito limitado dos serviços de saúde (7,7 % e 5,3 %, respectivamente), o que está associado aos meios de transporte e às distâncias para as áreas urbanas, em torno de 80 km. Tal fato também é levado em consideração pelo autor <sup>34</sup> durante a análise dos resultados obtidos em relação à “procura por atendimento”. Enquanto 71,2 % das famílias de “bóias-frias” procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, apenas 23,5 % de assentados e 29,8 % de acampados fizeram o mesmo. De forma semelhante, foi perguntado às famílias se o SUS atende às suas necessidades. 83,8 % das famílias de “bóias-frias”, 69,2 % das famílias assentadas e 69,5 % das acampadas responderam positivamente.

Albuquerque et al <sup>33</sup>, durante pesquisa sobre situação de saúde em municípios com populações assentadas, observaram que nas áreas visitadas os entrevistados apresentaram reclamações sobre a discriminação por parte dos atendentes e profissionais dos serviços de saúde. De acordo com os autores, a principal reclamação diz respeito ao preconceito em relação à origem do usuário “que poderia deixar de ser atendido se declarasse morar no assentamento, mais particularmente ainda quando em assentamento de município vizinho” <sup>33</sup> (p. 35).

Na pesquisa de Carneiro <sup>34</sup>, em relação ao questionamento sobre os fatores que faltam para se ter saúde na comunidade, em primeiro lugar para as famílias do assentamento, acampamento e “bóias-frias” está o acesso aos serviços de saúde (76,9 %; 61,1 % e 41,3 %, respectivamente). Os medicamentos estão em segundo lugar para os acampados e “bóias frias” e em terceiro para os assentados (14,7 %; 11,3% e 15,4 %, respectivamente). Nesse contexto, Carneiro <sup>34</sup> afirma que serviços de saúde e de saneamento são as políticas públicas

de menor acesso aos assentados e acampados. Corroborando os resultados encontrados por Ferreira et al (1997), Carneiro <sup>34</sup> observou a vulnerabilidade da situação de acampamento devido ao grau de provisoriedade, tensões e expectativas vividas por essas famílias, afirmando que “essa questão deveria servir como alerta aos gestores públicos da reforma agrária, pois, em função da morosidade dos processos de desapropriações, as famílias chegam a passar vários anos acampadas e, portanto, expostas a graves riscos à saúde” <sup>34</sup> (p. 99).

A pesquisa realizada por Heredia et al <sup>35</sup> em seis áreas do país com elevada concentração de projetos de assentamento e alta densidade de famílias assentadas por unidade territorial apresentou alguns dados sobre os serviços de saúde das áreas. Os assentamentos considerados foram implantados pelo Incra no período de 1985 e 1997, e observou-se que em 78% há agentes de saúde pagos pelas prefeituras e em 21% há postos de saúde – instalados em sua maioria por meio de pressão política dos usuários. Os autores ressaltam que a baixa proporção de postos de saúde nos assentamentos faz com que os assentados de 92% das localidades procurassem serviço de saúde na sede do município, 42% em municípios vizinhos e 25% em cidades que são pólos regionais. Tais informações não esclarecem quais atendimentos são buscados nos municípios – se de baixa, média ou alta complexidade –, como é feito o deslocamento para a cidade e o encaminhamento para novas consultas. Isso seria essencial para analisar o acesso da população aos serviços de saúde, uma vez que o SUS apresenta uma estrutura de serviços regionalizados que devem atender à Programação Pactuada Integrada. Com as informações coletadas, os autores <sup>35</sup> ressaltam que a criação de assentamentos geralmente envolve o deslocamento de população de outros municípios / regiões, implicando forte pressão sobre os serviços de saúde locais e, conseqüentemente, novas reivindicações ou aumento dos já existentes. Ressaltam também que “considerando-se a distância dos assentamentos em relação aos centros urbanos, a dificuldade das estradas e / ou a carência de transporte coletivo, a precariedade do atendimento à saúde tem efeitos graves sobre a vida dos assentados” <sup>35</sup> (p. 92).

Albuquerque et al <sup>33</sup> afirmam que o SUS constituiu-se num sistema de saúde basicamente urbano não devido apenas à sua estrutura, mas também devido aos “conceitos emitidos, processos educativos aplicados, métodos de trabalho e relacionamento com usuários, levando ao isolamento e ao desaparecimento das diversas iniciativas existentes para a área rural” (p. 10). Nesse sentido, Carneiro <sup>34</sup> ressalta que por ser o meio urbano o eixo

dinâmico da economia e o local onde as contradições sociais se acirram, a esfera governamental se torna muito mais sensível à problemática urbana que à rural, uma vez que “sua atuação na área social vincula-se, fundamentalmente, com as transformações relativas ao processo de acumulação”<sup>34</sup> (p. 17). Dessa forma, ao longo da história brasileira observa-se que as políticas de saúde para o campo estiveram associadas principalmente aos interesses econômicos visando a garantia da força de trabalho sadia para exploração dos recursos naturais, como foi o caso da exploração de borracha; ou para conter, em certa medida, as reivindicações de movimentos sociais, como ocorreu com as Ligas Camponesas e conseqüente criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)<sup>34</sup>.

Não obstante, esse autor<sup>34</sup> observa também que os maiores avanços das políticas de saúde para a população do campo ocorreram nos períodos em que os trabalhadores estavam mais organizados, como por ocasião da criação do FUNRURAL (década de 1960), do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, na década de 1980) e, no ano de 2004, do Grupo da Terra. Esse último foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), a partir da identificação da necessidade de construção de uma política de saúde para o campo e desenvolvimento de ações sistêmicas para atender as demandas desses grupos sociais<sup>34</sup>. A formalização do grupo se deu por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 719, de 16 de abril de 2004<sup>36</sup>. Participam do Grupo da Terra a Secretaria Executiva do MS, de Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde, Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Gestão Participativa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Por parte da sociedade civil participam o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), MST, Contag, Movimento das Mulheres Camponesas e CPT. Por meio da Portaria 2460 de 12 de dezembro de 2005<sup>37</sup>, passaram a fazer parte representantes de quilombolas e de seringueiros<sup>34</sup>.

A Política Nacional de Saúde Integral para População do Campo e da Floresta (PNSIPCF), ainda em discussão, está atualmente em sua versão preliminar. Apesar de ter sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) agosto de 2008, ainda não foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A versão atual da PNSIPCF explicita seus princípios e diretrizes e prevê as responsabilidades de cada ente federado, estratégias de operacionalização e seu monitoramento e avaliação.

Afirma a importância de incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde das populações do campo e da floresta. Para melhorar o acesso ao SUS, aponta que deve ser considerada a diversidade desses grupos populacionais, seus processos de produção e reprodução e respeitados suas crenças e valores. Destaca também a articulação com outras políticas públicas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde para a sua operacionalização e reconhece a necessidade de romper com a lógica do modelo de produção agrária atual que vem acarretando a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde dessas populações.

De acordo com Carneiro <sup>34</sup>, a principal estratégia do SUS para a saúde das populações do meio rural foi o Programa Saúde da Família, o qual deve ser a porta de entrada para o sistema. Na base do cálculo do valor do Piso de Atenção Básica – PAB-fixo – e do Piso de Atenção Básica Ampliado – PABA –, foi incluída a população assentada entre os anos 2000 e 2003 <sup>38</sup> devido à pressão de movimentos sociais <sup>34</sup>. Além disso, foram publicadas portarias visando estimular a criação de equipes do PSF em municípios com expressiva população rural <sup>38</sup>.

É interessante notar que essas duas necessidades foram apontadas na pesquisa realizada por Albuquerque et al <sup>33</sup>; a outra sugestão apontada por esses autores, mas que não está contemplada nas legislações relacionadas acima, se refere à necessidade de se levar em conta a densidade demográfica para o cálculo do incentivo, uma vez que quanto menor a densidade demográfica maiores são as dificuldades de acesso e oferta de serviços à população que se encontra dispersa no território.

Carneiro <sup>34</sup> lembra também que outras políticas afins às populações rurais foram construídas com o apoio do Grupo da Terra, como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) <sup>40</sup> que será abordada adiante. Após fazer uma análise das políticas elaboradas visando à saúde da população rural, Carneiro <sup>34</sup> afirma que “apesar do avanço de sua concepção, o SUS ainda apresenta iniquidade, recursos financeiros insuficientes e gastos

irracionais, deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços” (p. 49).

Conforme explicitado anteriormente, um dos setores de organização do MST para enfrentamento de problemas que surgem durante os processos de ocupação e assentamento é o setor saúde. Tal setor é a expressão administrativa do Coletivo Nacional de Saúde, que foi criado em 1998 em oficina nacional em Brasília que contou com presença de representantes de 23 estados brasileiros. Nos acampamentos / assentamentos, algumas atividades desse setor são: discussão acerca do conceito ampliado de saúde, promoção das práticas populares de cura, ações no sentido de garantir o acesso aos serviços de assistência médica, água de boa qualidade e atuação junto com outros setores a fim de enfrentar problemas que não são restritos à área da saúde.

Segundo a análise de Andrade & Nagy <sup>41</sup> sobre a pauta de reivindicações do MST junto ao Ministério da Saúde, os pontos principais entre os anos 2000 e 2004 relacionavam-se à produção de fitoterápicos, prevenção de DST / AIDS e câncer de mama, acesso a medicamentos, atenção básica, saneamento básico e acesso a água potável, nutrição, promoção da saúde, saneamento ambiental, formação profissional e enfrentamento à dependência química. As autoras ressaltam que os princípios do SUS “integralidade” e “equidade” são os mais fortemente reivindicados pelo MST.

A cartilha “Relatos das experiências em saúde, Movimento Sem Terra – MST” <sup>11</sup> (p. 6) explicita que

“[...] os coletivos locais de saúde estão conscientes de que a luta fundamental no campo da saúde inscreve-se, neste momento e neste contexto político, na consolidação e na adaptação do SUS como sistema único de saúde desejado por milhares de pessoas e necessário para a promoção e educação em saúde, bem como para o tratamento de enfermidades em todos os níveis. O MST busca colaborar para que o sistema seja adequado à realidade do campo, bem como se insere na luta pelo controle social efetivo e de qualidade”.

Alguns autores defendem a necessidade de criação de um modelo de promoção e assistência à saúde para as famílias assentadas pela reforma agrária que esteja no âmbito de um modelo global dirigido à população rural como um todo. Nesse caso, “não deve haver uma proposta de saúde exclusiva para assentados, mas sim, uma adequada e atual proposta de saúde para a área rural e para as famílias que aí vivem, estudam e trabalham” <sup>33</sup> (p. 35). Um modelo integrador, mas que consiga atender às especificidades dos diferentes atores que

vivem, estudam e trabalham no meio rural seria mais robusto e favoreceria a efetiva participação da população no planejamento e execução de suas ações e serviços.

Giovanella <sup>42</sup> afirma que “os diferentes lugares ocupados na esfera da produção traduzem-se, na circulação, em desigualdades entre as classes no acesso a bens e serviços, e, entre estes, no tipo e na qualidade da atenção à saúde” (p. 48). Nesse contexto, cabe ao enfoque estratégico para o planejamento em saúde partir de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde e atuar no nível dos determinantes para alcançar resultados na situação de saúde.

De acordo com a autora <sup>42</sup>, a falta de mediações entre o adoecer e o nível social de explicação do problema de saúde favorece o deslocamento da análise do setor para a análise do espaço social global. “Assume-se uma indiferenciação entre o setorial e o social, avançando do planejamento de saúde e do pensar a ação em saúde para pensar a ação política e as relações do Poder” <sup>42</sup> (p. 49). Nesse sentido, compreende-se os problemas de saúde enquanto problemas sociais, o que impossibilita resolvê-los unicamente à partir de propostas setoriais; e para mudar o social é necessário pensar na questão do Poder: “pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde – a estratégia – leva a alcançar um certo deslocamento de poder – uma política favorável à resolução dos problemas” (p. 49).

De acordo com Carneiro <sup>34</sup> (p. 115),

[...] os resultados dos diversos estudos sobre as condições de saúde desses grupos [rurais] evidenciam um perfil mais precário se comparado com a população urbana. No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. As condições de saúde nas áreas de reforma agrária é uma das questões mais mal avaliadas pelas famílias, em termos de sua melhoria após serem assentadas (Leite et al, 2004). Tais constatações servem para apontar o fracasso das políticas de saúde para o campo no Brasil.

Dessa forma, estudar questões ligadas à saúde da população rural implica considerar a particularidade do cenário rural brasileiro; a ampliação da infra-estrutura e do acesso aos serviços públicos de saúde deve ser concomitante à mobilização popular e às políticas intersetoriais que avancem no sentido de dar resposta à questão agrária brasileira.

Paulo Freire <sup>43</sup> chama atenção para as “situações-limites” como sendo a fronteira real onde começam todas as possibilidades. Deparando-se com elas, compreendendo-as como obstáculos à sua libertação, os homens se percebem desafiados. Os “atos-limites”, são então

aqueles necessários que “se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva”<sup>43</sup> (p. 105).

Observa-se que a situação-limite enfrentada pelos assentados e acampados do MST desdobra-se em duas vertentes que estão em estreita articulação.

A primeira delas, a luta pela Reforma Agrária dentro dos limites da sociedade capitalista, implica o enfrentamento de discriminações, morosidade do processo de legalização da posse da terra, solos de má qualidade, dificuldade para o escoamento da produção.

Ressalta-se que participar da luta pela terra e, mais amplamente, pela Reforma Agrária, é perceber tais “situações-limite” não mais como “se fossem determinantes históricas, esmagadoras, em face das quais não lhes cabe outra alternativa senão adaptar-se”<sup>43</sup> (p. 108), mas sim como situações que estão em divisa com um “inédito viável”, que será melhor abordado ao longo do texto.

A outra vertente, que é a expressão da primeira no âmbito da saúde, pode ser vislumbrada pela dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde, baixa resolutividade dos mesmos e a pouca integração entre a medicina dos serviços de saúde e as práticas de cura utilizadas pelos assentados e acampados.

### **1.2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO SUS**

Observou-se nas últimas décadas o desenvolvimento de políticas, programas, regulamentos e recomendações sobre plantas medicinais nas três esferas do governo brasileiro<sup>44</sup>. Destacam-se: o *Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais* da Central de Medicamentos, do Ministério da Saúde, vigente entre 1982 e 1997, cujas pesquisas com 55 espécies de plantas medicinais buscavam desenvolver terapêuticas alternativas e complementares com embasamento científico; a *Resolução da Comissão Interministerial de*

*Planejamento e Coordenação* – CIPLAN nº 8, de 08/03/1988, a qual regulamentou a prática da fitoterapia nos serviços de saúde; as recomendações das diversas *Conferências Nacionais de Saúde* e de seminários nacionais sobre plantas medicinais; as *Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares* e de *Plantas Medicinais e Fitoterápicos; regulamentações da ANVISA* e a Portaria MS nº 886, de 20/04/2010 que instituiu a *Farmácia Viva no SUS* <sup>44</sup>.

Atualmente, aproximadamente 350 municípios brasileiros oferecem para os usuários da rede de saúde ações e serviços com plantas medicinais, homeopatia, acupuntura, medicina antroposófica, entre outras <sup>45</sup>. De acordo com os autores, a variedade em relação aos produtos oferecidos é acentuada, especialmente no que se refere às espécies medicinais. Alguns estados e municípios possuem legislações próprias para os serviços de fitoterapia no SUS, laboratórios de produção e publicações que orientem profissionais de saúde e usuários quanto ao uso racional de plantas medicinais. Não obstante, outros municípios possuem programas menos complexos devido ao tempo de implantação, carência de recursos e de profissionais capacitados <sup>45</sup>.

Para Rodrigues e De Simoni <sup>45</sup>,

“a necessidade de normatização e institucionalização dessas ações / serviços inseridos no SUS, as demandas da OMS e da população brasileira pela valorização das práticas tradicionais (populares) culminaram na formulação e aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS” (p. 09).

Tal política, instituída pela Portaria GM nº 971 de 3 de maio de 2006 <sup>46</sup>, possui, além das diretrizes para Plantas Medicinais e Fitoterapia, outras referentes à Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia e observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica <sup>45</sup>.

Nesse contexto político, observou-se a importância de formulação de uma política nacional que “contemplasse diretrizes para o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, objetivando um projeto conjunto entre órgãos governamentais e não governamentais” <sup>45</sup> (p. 10). A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), Decreto Presidencial nº 5813 de 22 de junho de 2006 <sup>40</sup>, foi então elaborada durante os trabalhos do Grupo de Trabalho Interministerial, criado especificamente para esse fim e formado por representantes do Ministério da Saúde (coordenação), Casa Civil,

Ministério da Integração Nacional, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e por representantes da ANVISA e Fundação Oswaldo Cruz.

Cabe destacar entre suas diretrizes, as de número dez e treze, que visam, respectivamente, “promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” e “promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos”<sup>40</sup>.

Após a aprovação da PNPMF foi instituído outro Grupo de Trabalho Interministerial com o intuito de elaborar a proposta de Programa Nacional a fim de implementar as diretrizes da referida política. O Programa contempla as ações, gestores, órgãos envolvidos, prazos e origem dos recursos para implantação das ações contidas na política<sup>45</sup>.

A mais recente normativa sobre a produção, distribuição e o uso de drogas vegetais, é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 10<sup>47</sup>, publicada pela ANVISA em 09 de março de 2010. Nessa resolução, droga vegetal é compreendida como “planta medicinal ou suas partes, que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta ou colheita, estabilização, secagem, podendo ser íntegra, rasurada ou triturada”<sup>47</sup> (p. 52).

A Resolução institui a notificação de drogas vegetais no âmbito da ANVISA, procedimento que consiste na prévia comunicação à autoridade sanitária federal da fabricação, importação e comercialização das drogas vegetais relacionadas na RDC. Com isso, busca construir um

“marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, de modo a garantir e promover a segurança, eficácia e a qualidade no acesso a esses produtos”<sup>47</sup> (p. 52).

Em seu artigo primeiro, parágrafo terceiro, a Resolução aponta que

“as plantas medicinais *in natura* cultivadas em hortos comunitários e Farmácias Vivas reconhecidas junto a órgãos públicos e as drogas vegetais manipuladas em farmácias de manipulação não estão sujeitas à notificação instituída por esta Resolução, devendo atender às condições estabelecidas em regulamento próprio”<sup>47</sup> (p. 52).

A RDC 10/10 contém uma lista de 66 drogas vegetais para as quais se aplica o disposto na Resolução. De acordo com seu artigo 2º, são produtos de venda isenta de prescrição médica destinados ao consumidor final. Sua efetividade encontra-se amparada no uso tradicional e na revisão de dados disponíveis em literatura relacionada ao tema. Destinam-se ao uso episódico, oral ou tópico, para o alívio sintomático das doenças relacionadas na RDC, devendo ser disponibilizadas exclusivamente na forma de droga vegetal para o preparo de infusões, decocções e macerações.

Na referida lista constam as nomenclaturas científica e populares, parte utilizada, forma de utilização, posologia e modo de usar, via, uso, alegações, contra indicações, efeitos adversos, informações adicionais em embalagem e referência.

Para a notificação das drogas vegetais são exigidos: o cumprimento das Boas Práticas de Fabricação e Controle, metodologia, especificações e resultados de testes de identidade e qualidade da droga, entre eles a descrição da droga vegetal em Farmacopéias reconhecidas pela ANVISA, prospecção Fitoquímica, Cromatografia em Camada Delgada, características organolépticas, granulometria, teor de cinzas totais, de umidade, contaminantes macroscópicos, testes limite para metais pesados e contaminantes microbiológicos.

Observa-se, a partir do exposto acima, que a RDC 10 é voltada para a indústria farmacêutica e empresas produtoras e distribuidoras de drogas vegetais, apesar de suas orientações poderem auxiliar os diversos profissionais <sup>48</sup> e Agentes de Cura nas informações para os usuários.

No entanto, para além dos marcos regulatórios estatais, verifica-se que o uso de plantas medicinais desenvolve-se por meio de particulares concepções do processo saúde-doença-cuidado, o que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde quando busca-se uma integração entre os saberes próprios dos usuários e aqueles oriundos da formação biomédica.

### **1.3 OBJETO DE ESTUDO: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO**

A presente pesquisa parte do pressuposto de que o uso de plantas medicinais pode traduzir concepções sobre a etiologia de doenças, explicações sobre eficácia terapêutica, entendimento sobre o que se busca e o que é importante para “alcançar” saúde e a articulação entre práticas autônomas em saúde e aquelas prestadas pelos serviços oficiais.

O uso de plantas medicinais, não sendo sinônimo de fitoterapia, coexiste com o uso religioso, estando ambos imersos numa mesma cultura.

É importante salientar que o uso tradicional de plantas medicinais é diferente do uso popular, sendo esse último o estudado na presente pesquisa. Enquanto o conhecimento tradicional é construído à margem da cultura passada pelos meios de comunicação – cultura de massa –, o popular está imerso nesse meio. O conhecimento tradicional, como assinala Verger <sup>49</sup>, possui um sistema de classificação próprio, complexo, é fortalecido pela transmissão oral do saber e construído ao longo de gerações, sendo amplo o suficiente para o cuidado / cura dos vários males que atingem aqueles que o constroem. Tal conhecimento é peculiar e circunscrito a populações que permaneceram muito tempo sem contato com outros povos, havendo geralmente pessoas-chave detentoras do saber e com características fundamentais para a indicação de um bom tratamento e explicações sobre as causas iniciais dos problemas. Exemplos desse tipo de conhecimento são as medicinas tradicionais indígenas e quilombolas <sup>45</sup>.

O conhecimento popular agrega informações de diferentes origens. Convivem em seu âmbito aquelas advindas do conhecimento científico, do tradicional e outras que são propagandeadas sem terem se originado em um sistema ou outro. Essas últimas muitas vezes possuem indicações e orientações de uso equivocadas, sugerindo ausência de toxicidade e / ou efeitos surpreendentes, o que pode acarretar danos à saúde do usuário.

As informações científicas são divulgadas tanto pelos meios de comunicação de massa quanto pelo sistema oficial de saúde baseado na Biomedicina, destacando-se os encontros

terapêuticos com profissionais de saúde e atividades desenvolvidas em torno dos diversos programas de fitoterapia de diferentes municípios brasileiros.

As informações advindas do conhecimento tradicional e popular geralmente são repassadas por meio da oralidade. Comunidades não tradicionais muitas vezes possuem membros que detêm tais conhecimentos, tendo em vista suas origens – de comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, entre outros.

A organização do setor saúde nos acampamentos e assentamentos do MST introduz formalmente racionalidades médicas (Biomedicina e Medicina Chinesa) e não médicas (uso popular de plantas medicinais), que podem coexistir e “disputar o monopólio do cuidado”, a par do que já se dá num âmbito mais amplo.

Nesse contexto, compreender o uso de plantas medicinais de forma sincrética é fundamental para refletir sobre a concepção do processo saúde-doença-cuidado dos Agentes de Cura.

### **1.3.1 USO DE PLANTAS MEDICINAIS**

Ao longo de sua história de luta, o MST vem acumulando experiências de “resgate e luta pela saúde e a valorização da sabedoria popular dos cuidados e promoção da saúde com o uso tradicional de plantas e ervas medicinais”<sup>9</sup> (p. 5).

Entre os estudos acadêmicos que abordam o uso de plantas medicinais em assentamentos rurais, destacam-se os trabalhos de Visbiski, Neto & Santos<sup>17</sup>, Cimbleis<sup>12</sup> e Gaia<sup>10</sup>. Ao apresentá-las pretendo destacar as contribuições e, simultaneamente, demarcar as diferenças em relação à minha pesquisa de mestrado.

Os primeiros autores<sup>17</sup> estudaram o uso de plantas medicinais no assentamento Guanabara – Paraná (PR) – e observaram que a vivência de sete anos de acampamento, entre o medo da violência e a falta de recursos, fez com que os trabalhadores pesquisassem

“incessantemente meios para garantir a sua sobrevivência. As crenças sobrenaturais e a fé adquirem importância significativa nesse contexto” (p. 17). Tal estudo visou fornecer elementos para um resgate cultural sobre o uso de plantas medicinais. Por meio de um roteiro foram abordadas as principais doenças mais frequentes no assentamento, suas causas, medidas de prevenção, época e faixa etária de ocorrência, tratamento utilizado e origem do conhecimento. Informações sobre nome da planta, parte utilizada, época e estágio de coleta, armazenamento, forma de preparo e finalidade terapêutica também foram obtidas. Em seguida procedeu-se a fase de identificação das espécies no Herbário da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR).

Cimblaris<sup>12</sup> afirma que mais do que alternativa à dificuldade de acesso ao sistema oficial de saúde, a fitoterapia popular deve ser vista sob uma outra lógica, “aquela de promoção da autonomia dos agentes sobre sua saúde, por meio do empoderamento destes através do resgate e da difusão das técnicas que na verdade vieram do próprio povo e foram resignificadas no meio científico” (p. 16). Essa autora<sup>12</sup> lembra ainda que a cartilha “Construindo o conceito de saúde no MST”, elaborada pelo Setor Nacional de Saúde do movimento no ano 2000, aborda as hortas comunitárias e as Farmácias Vivas, defendendo que “o cultivo e utilização das ervas medicinais, além de resgatar a cultura dos povos que nos antecederam, também representa a resistência ao modelo de sociedade imposto”<sup>12</sup> (p. 42-43).

A pesquisa de mestrado da autora referida acima<sup>12</sup> foi uma pesquisa-ação e realizou-se no assentamento *Ho Chi Minh* em Nova União (MG); como objetivo geral, visava contribuir para a organização do conhecimento sobre plantas medicinais no referido assentamento<sup>12</sup>. Assim como no estudo anterior, procurou-se sistematizar informações sobre o uso de plantas medicinais para que as mesmas não desaparecessem da memória popular.

Uma diferença importante entre a presente pesquisa e a de Visbiski, Neto & Santos<sup>17</sup> é que a primeira não tem como objetivo obter informações específicas sobre as plantas utilizadas, como identificação botânica e nomes científicos. Em relação ao estudo de Cimblaris<sup>12</sup>, a principal diferença é metodológica, visto que a pesquisa dessa autora é participante e incluiu ações visando ao aprofundamento da utilização de plantas medicinais – desde o plantio até a fabricação de produtos.

A pesquisa de mestrado de Gaia<sup>10</sup> teve como objetivo geral

“Conhecer as práticas de saúde de famílias em um acampamento rural a fim de desenvolver estratégias de educação popular em saúde e motivar a discussão de outras possibilidades para as políticas públicas de saúde, visando adequações e melhor resolutividade/equidade nos serviços, principalmente para a área rural brasileira” (p. 15).

Observa-se, dessa forma, que há semelhanças entre a pesquisa de Gaia<sup>10</sup> e esta proposta por mim, a exemplo do estudo sobre a relação entre o sistema oficial de saúde e as práticas autônomas dos Agentes de Cura – em especial o uso de plantas medicinais – e a contextualização dessas práticas. Marília Gaia<sup>10</sup> buscou as possíveis evidências científicas das práticas populares e se propôs a elaborar material educativo sobre o uso de plantas medicinais, enquanto o meu trabalho de pesquisa teve por objetivo identificar as concepções de saúde-doença-cuidado implicadas neste uso.

De acordo com Gaia<sup>10</sup>, “morar em uma área de acampamento ou assentamento rural leva a uma situação diferenciada que pode, e muito, influenciar a postura e a escolha (ou imposição) de determinadas opções terapêuticas” (p. 4). Além disso, a autora afirma que participar de um movimento social como o MST também influencia a forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Nesse sentido, Carneiro<sup>34</sup> observou que as famílias entrevistadas no assentamento Menino Jesus – Unaí, Minas Gerais (MG) – e no acampamento Índio Galdino – Unaí (MG) –, organizados pelo MST, afirmam que a participação no movimento melhorou suas perspectivas de saúde. Tal fato relaciona-se ao aumento da capacidade de organização e reivindicação junto aos atores públicos<sup>34</sup>.

Carneiro<sup>34</sup> verificou que o uso de plantas medicinais é uma importante alternativa de tratamento para as comunidades estudadas. Esse autor destacou o uso de chás entre famílias assentadas (72 %) e “bóias-frias” (67,5 %). Em relação à produção de xarope, as famílias acampadas são as que mais produzem (68,4 %).

Gaia<sup>10</sup> observou que no acampamento Padre Gino – Frei Inocência (MG) – as plantas medicinais eram utilizadas principalmente para o tratamento de problemas mais simples devido à dificuldade financeira para aquisição de medicamentos sintéticos e por serem consideradas um recurso terapêutico menos prejudicial ao organismo.

No assentamento *Ho Chi Minh* – Nova União (MG) –, Cimbliris<sup>12</sup> verificou que os assentados possuíam conhecimentos pontuais sobre plantas medicinais, sendo poucas as pessoas que tinham um conhecimento consolidado sobre as mesmas. Os entrevistados

apontaram a cultura urbana como o grande contribuinte para tal situação. Apesar disso, reconheciam a importância do conhecimento tradicional existente e a transferência do mesmo entre gerações. Outro ponto destacado na pesquisa foi o incremento do saber sobre ervas após a entrada para o MST, demonstrando o esforço do movimento em resgatar práticas populares e tradicionais de cura <sup>12</sup>. De acordo com essa autora, os entrevistados apontaram melhorias na saúde devido à alimentação, pouca exposição à poluição e estresse urbano e elevação da autonomia, ou seja, fortalecimento do autocuidado <sup>12</sup>.

Amorozo <sup>14</sup> destaca dois fatores relacionados ao processo de desestruturação da rede de transmissão do conhecimento tradicional. Um se refere à incerteza quanto à eficácia do conhecimento tradicional frente aos novos problemas e novos desafios e o outro à assimilação da ideologia da sociedade ocidental, em que tal conhecimento passa a ser percebido como algo inferior, em contraste com as novas informações que se tornam acessíveis <sup>14</sup>.

Em pesquisa anterior <sup>7</sup> sobre o conhecimento popular disponível na literatura sobre plantas medicinais em comunidades da região sudeste brasileira, observou-se que particularmente a transmissão do conhecimento intergeracional está dificultada e que isto é, em grande parte, atribuído à desconfiança dos mais jovens em relação à eficácia terapêutica das ervas. Fatores associados são: perda da biodiversidade original, extrativismo inadequado de várias espécies, maior facilidade de acesso à medicina moderna, deslocamento de pessoas a partir de seus ambientes naturais para regiões urbanas, degradação ambiental e intrusão de novos elementos culturais acompanhados da desagregação dos sistemas de vida tradicionais.

No contexto de acampamentos e assentamentos a questão da transmissão do conhecimento merece especial atenção, uma vez que ao lado da tendência mais geral de “quebra” do saber intergeracional, a comunidade constituiu-se recentemente, sendo a troca de experiências um novo desafio e uma situação extremamente rica. Deve-se considerar também, como foi apontado anteriormente, a orientação geral do movimento quanto à importância do resgate de experiências de uso de plantas medicinais.

O tempo em que uma determinada comunidade ocupa um ambiente é importante para compreender questões relacionadas à eficácia terapêutica das plantas medicinais, como o ciclo de vida, hábitat, peculiaridades sobre o tipo de solo, insolação, competição <sup>14</sup>. No caso de assentamentos e acampamentos de constituição recente, é interessante compreender como tais

fatores são incorporados no processo de construção do conhecimento sobre plantas medicinais.

Amorozo <sup>14</sup> chama atenção para a necessidade de participação e envolvimento da comunidade pesquisada nos trabalhos sobre etnobotânica, uma vez que o impacto do conhecimento gerado pela pesquisa pode ser negativo para a mesma. Soma-se a isso a possibilidade de sobre exploração do recurso terapêutico e as trocas desiguais nas pesquisas para a busca de novos fármacos <sup>14</sup>. Essa autora afirma que “em última instância, é a própria comunidade quem deverá decidir os rumos a serem tomados” <sup>14</sup> (p. 65).

De acordo com Giovanella <sup>42</sup>,

“as práticas em saúde, enquanto práticas ideológicas, formam e consolidam uma ética – um conjunto de valores que, sendo amplamente partilhado, dá sustentação e legitimidade a uma determinada distribuição de poder na sociedade – podendo constituir-se em práticas alternativas, construtoras de uma nova ética” (p. 51).

Nesse sentido, vale assinalar a importância da relação cultural entre os sujeitos de necessidades de saúde e os Agentes de Cura. Para Herzlich <sup>50</sup>, “os ‘discursos’ dos pacientes acerca da saúde e da doença narram experiências pessoais e privadas que são, no entanto, ‘socializadas’. Eles esclarecem alguns aspectos das relações entre o indivíduo e seu grupo em contextos biográficos específicos marcados pela doença” (p. 386). Nesse sentido, os Agentes de Cura do MST têm muito a dizer sobre as questões relativas ao processo saúde-doença-cuidado nesse movimento e, sobretudo, porque, ao serem percebidos como referências para o cuidado em saúde nos assentamentos / acampamentos, influenciam as concepções dos demais assentados / acampados.

### **1.3.2 O PROCESSO DE SAÚDE, ADOECIMENTO E CUIDADO**

A concepção hegemônica sobre o processo saúde-doença-cuidado, biomédica, o aborda como sendo uma realidade descontínua <sup>51, 52</sup>.

Outra concepção acerca do referido processo, não hegemônica e observada na prática dos Agentes de Cura da Medicina Popular, nega a separação entre o “normal e o patológico”, o diagnóstico e a terapêutica, recurso e sistema terapêutico. Não são fenômenos coincidentes nem opostos, mas componentes de uma realidade contínua.

Uma consideração geral, mas importante acerca das “teorias leigas sobre as causas das enfermidades”<sup>53</sup> se faz necessária, tendo em vista que à partir delas são orientadas escolhas e intervenções no processo saúde-doença-cuidado.

De acordo com Helman<sup>53</sup>, tais modelos explicativos normalmente têm uma lógica interna, o que ajuda o paciente a fazer sentido do que lhe aconteceu e por quê<sup>53</sup>. As causas dos problemas geralmente situam-se em um dos (ou mais de um) seguintes universos: individual, natural, social e sobrenatural, os quais podem ser visualizados no seguinte esquema:

**Figura 1: Universos de localização da etiologia das enfermidades.** Adaptado de Helman <sup>53</sup>.



Figura 5.2 Universos de localização da etiologia das enfermidades.

Minayo <sup>54</sup>, afirma que a visão sobre saúde e doença é parte da cultura popular. Nesse sentido, a concepção de “etiologia” concentra elementos de diferentes sistemas médicos, cuja base de tal concepção é a inserção “no mundo material, histórico, vivo e repleto de contradições. O modo de pensar saúde-doença que é, ao mesmo tempo, o modo de pensar a vida e a morte, remete às raízes tradicionais desses grupos [populares] mas também à sua inserção no mundo industrial” <sup>54</sup> (p. 363). Com base em Ngokwey (1988), a referida autora <sup>54</sup> observou em sua pesquisa com segmentos da classe trabalhadora que há quatro dimensões explicativas para a etiologia; são domínios distintos, intercambiantes e não contraditórios: natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural.

Barros <sup>55</sup> afirma que alguns grupos sociais partilham a concepção mágico-religiosa sobre o processo saúde-doença, segundo a qual o adoecer é resultante de transgressões, sendo requeridos rituais para reatar o enlace com as divindades. Nessa explicação, cabe aos responsáveis pela prática médica aplacar as forças sobrenaturais <sup>55</sup>.

Allan Young <sup>56</sup>, ao abordar a doença em suas dimensões simbólica e relacional, permite associar crenças às relações sociais mantidas pelo grupo social, evitando, assim, o idealismo e a simplificação. Nesse sentido, o autor afirma que uma das razões para as pessoas conservarem suas tradições médicas é porque “elas atuam sobre os estados biológicos indesejáveis, produzindo resultados já esperados, e porque representam maneiras eficazes de lidar com fatos desestruturadores cuja persistência não pode ser consentida.” (p. 5)

No que se refere à realidade de um assentamento rural, observa-se que no Guanabara – Imbaú (PR) –, as principais doenças descritas foram “gripe”, “bronquite”, “pontada de pneumonia”, “dor de garganta”, “dor de barriga”, “vômito”, “bicha de criança”, “reumatismo”, “dor na junta” e “dor de dente”<sup>17</sup>. Ainda de acordo com esses autores<sup>17</sup>, “as causas atribuídas a essas doenças são associadas a variações climáticas, a condições ambientais locais, natureza do trabalho rural e crenças sobrenaturais” (p. 16).

No mesmo estudo<sup>17</sup>, os entrevistados afirmaram que com o avanço da idade a pessoa apresenta desgaste devido ao trabalho na roça sob sol, chuva e frio; as crianças acompanham os pais na lida diária, mamando “leite cansado”; a variação climática favorece gripes e resfriados, além do frio provocar “dor nas juntas”. A poluição da água também é apontada como causadora de “dores de barriga”, “vômito” e “bicha de criança”.

Os autores comentam também sobre o mau-olhado, que estaria na categoria de causas sobrenaturais. Helman<sup>53</sup>, no entanto, inclui “mau-olhado” na categoria “social”.

As práticas curativas agregam uso de medicamentos sintéticos, benzimentos e remédios caseiros obtidos por meio de plantas e animais. O conhecimento está especialmente mantido entre as mulheres, que freqüentemente trocam entre si mudas e receitas. O saber foi adquirido principalmente com os pais, entretanto recorre-se também à um programa de rádio que trata do tema.

Os assentados geralmente coletam as plantas medicinais no momento de sua utilização e as formas de preparo mais comuns são os preparados “crus” ou “frios”, “quentes” ou “cozidos”; são usados também xaropes, garrafadas e pomadas. Foi observado que o benzimento é a única forma de tratamento para mau-olhado. O uso ritualístico de plantas ocorre em algumas circunstâncias, como a defumação de um boi com um preparado de várias plantas após o mesmo ser atingido por mau-olhado e em ocasiões quando se visita uma pessoa em casa e ela não está e deixa-se um ramo verde na porta para não levar a “sorte” da pessoa embora, causando doenças.

Segundo Visbiski, Neto & Santos<sup>17</sup>, a busca de tratamento geralmente acontece de duas formas: no primeiro caso, a opção terapêutica inicial é o uso de remédios caseiros, entretanto, se não é obtida cura busca-se um profissional médico; no segundo caso, inicialmente recorre-

se a um médico e, se não houver disponibilidade dos medicamentos prescritos na farmácia da unidade de saúde ou se o preço for alto, são utilizados os remédios caseiros.

Em relação à eficácia terapêutica, Amorozo <sup>14</sup> defende o ponto de vista de que qualquer tratamento sempre apresenta um conteúdo simbólico, que decorre da expectativa do paciente e da satisfação de requisitos sociais e culturais tidos pelo grupo como importantes para reestabelecer a saúde. Essa autora <sup>14</sup> afirma que no caso de plantas medicinais, “sua eficácia pode ser resultante de um efeito farmacológico sobre a fisiologia do indivíduo, ou pode ser simbólica, agindo também sobre o indivíduo, mas no contexto específico de uma determinada cultura” (p. 53).

## **CAPÍTULO 2.**

### ***OS DIÁLOGOS NAS ÁREAS: ASPECTOS METODOLÓGICOS***

A presente pesquisa pretendeu dar conta de fenômenos cuja explicação remete aos contextos de sua ocorrência, o que requer a utilização de procedimentos metódicos qualitativos<sup>57</sup>.

Minayo<sup>58</sup> aponta que uma pesquisa de tipo qualitativo é capaz de “incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções significativas” (p. 10 – grifos da autora)

Um esforço contínuo de nossa parte, desde o esboço do projeto de pesquisa, tem sido o de refletir sobre as práticas e concepções dos Agentes de Cura na sua relação com o contexto em que vivem e trabalham, associado à participação num movimento social tão presente em seus cotidianos.

Dessa forma, mostrou-se interessante a realização de um estudo que buscasse apreender as Representações Sociais, segundo a Psicologia Social, dos Agentes de Cura sobre a Medicina Popular que faz uso de plantas medicinais.

Não obstante, a utilização da Educação Popular como método de análise também nos pareceu interessante no âmbito dessa pesquisa, pois esta abordagem favorece a compreensão das práticas sob a perspectiva dos praticantes.

Assim, tentei promover o encontro dos dois métodos – Representações Sociais e Educação Popular – com a finalidade de compreender a Medicina Popular praticada em sua relação com a “situação-limite” vivida pelos assentados do MST.

## 2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Spink <sup>59, 60</sup> empreende uma psicossociologia das representações sociais abordando questões socialmente elaboradas, mas mantendo a expressão da realidade intra-individual dos sujeitos <sup>59</sup>. Com isso, é possível um

“[...] posicionamento mais integrador que, embora situando o homem no processo histórico, abre lugar para as forças criativas da subjetividade. (...) Ao abrir espaço para a subjetividade, traz para o centro da discussão a questão do afeto: as representações não são, assim, meras expressões cognitivas; são permeadas, também, pelo afeto” <sup>59</sup> (p. 304).

Dessa forma, tal abordagem foi adotada no presente trabalho, uma vez que é fundamental observar e refletir sobre as concepções próprias a cada Agente de Cura, o que, por sua vez, relaciona-se à história de cada um e atual inserção no MST.

Sá <sup>61</sup> reproduziu em seu texto “Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria”, uma definição sintética elaborada por Jodelet (1989) acerca do conceito de Representações Sociais: “são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 32).

Moscovici, psicólogo social francês, inaugurou o conceito e a teoria acerca das Representações Sociais no âmbito da psicossociologia <sup>61</sup>. O autor empreendeu suas reflexões num contexto de socialização da psicanálise e de sua apropriação pela população parisiense. À partir da sociologia do conhecimento, Moscovici passou a “desenvolver uma psicossociologia do conhecimento” <sup>61</sup> (p. 19).

Suas elaborações criticavam a abordagem norte-americana dominante, especialmente devido à ênfase que era dada aos processos psicológicos individuais enquanto vagamente influenciados por algo social. Sá <sup>61</sup> comenta que para os críticos, tal abordagem “não se mostra capaz de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana, em um nível mais propriamente social ou coletivo” (p. 20).

Moscovici buscou uma contrapartida conceitual em Durkheim, quem desenvolveu o conceito de Representações Coletivas. Para esse último, qualquer tentativa de explicação psicológica dos fatos sociais constituiria um erro grosseiro <sup>61</sup>.

Para Moscovici, as “teorias” do senso comum constituem as Representações Sociais, uma vez que “por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro *ambiente* onde se desenvolve a vida cotidiana”<sup>61</sup> (p. 26. Grifo do autor).

As representações sociais, entendidas como “teorias” do senso comum, constituem uma explicação da vida cotidiana produzidas pelos próprios indivíduos:

“Na perspectiva psicossociológica de uma sociedade pensante, os indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros ‘portadores’ de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, mediante inumeráveis episódios cotidianos de interação social, ‘produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmos” (MOSCOVICI, 1988 apud SA<sup>61</sup>, p. 28)

Spink<sup>60</sup> afirma que as representações sociais, no âmbito da psicologia social, “são essencialmente dinâmicas; são produtos de determinações tanto históricas como do aqui-e-agora” (p. 8). Tais construções são conhecimentos sociais orientadores, uma vez que situam o sujeito no mundo e, dessa forma, definem sua identidade social<sup>60</sup>.

O contexto, segundo essa abordagem, é um aspecto fundamental, “seja porque as representações são campos estruturados pelo *habitus* e pelos conteúdos históricos que impregnam o imaginário social, seja porque são estruturas estruturantes desse contexto e, como tal, motores da mudança social”<sup>60</sup> (p. 9 – grifo da autora).

Minayo<sup>58</sup> comenta que a mediação privilegiada das representações sociais é a

“[...] *linguagem do senso comum*, tomada como forma de conhecimento e de interação social. Mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade. É fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia das classes sociais e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Com o senso comum os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos. Mas, além disso, as *Representações Sociais* possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade. Portanto, devem ser analisadas criticamente, uma vez que correspondem às situações reais de vida.”<sup>58</sup> (p. 173 – grifos da autora).

A estrutura teórica proposta por Moscovici compreende o processo de objetivação, quando é conferida uma materialidade ao conhecimento acerca de um objeto e ao seu conceito abstrato, e o processo de ancoragem, por meio do qual há integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente.

Outra consideração importante apontada por Moscovici refere-se à transformação do não familiar em familiar, processo que está na base daqueles de objetivação e ancoragem <sup>61</sup>. Sá <sup>61</sup> observa que para Moscovici as representações são construídas com a finalidade de conferir encontros com paradigmas prévios:

“Uma *realidade social*, como a entende a teoria das Representações Sociais, é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. Aí operam os processos pelos quais ele passa a ser familiar, perde a novidade, torna-se socialmente conhecido e real. (...) O resultado é – constata-se pelo estudo empírico das Representações Sociais – altamente criativo e inovador no âmbito da vida cotidiana” <sup>61</sup> (p. 37. Grifos do autor).

## 2.2 EDUCAÇÃO POPULAR COMO MÉTODO DE ANÁLISE

De acordo com Stotz <sup>62</sup> (p. 290), “a Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista, cristã e socialista –, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire”.

Orienta-se pela luta a favor da transformação das relações de subordinação e opressão, articulação de diferentes saberes e práticas e participação das pessoas comuns nas decisões e intervenções na área da saúde <sup>62</sup>. A ênfase na práxis, apontada pela necessária articulação entre reflexão e ação, e na educação como prática dialógica, negando a concepção bancária de transmissão de conhecimentos, são também questões centrais na Educação Popular.

Stotz comenta sobre a importante atuação da Educação Popular e Saúde, enquanto parte de um movimento mais amplo e comum a pessoas que participam em redes de movimentos sociais, “para repensar a saúde e o sistema de atenção à saúde numa perspectiva mais libertadora” <sup>62</sup> (p. 291).

Pagliari <sup>63</sup> (p. 8) afirma que a definição da Educação Popular

“foi sendo construída muito mais por sua intencionalidade política do que pela ‘população alvo da ação’. Constata-se que existe nela uma intencionalidade social participativa, ética, igualitária numa procura por uma sociedade diferente daquela construída a partir do capitalismo.”

A presente pesquisa baseia-se nas indicações e pressupostos trabalhados pela Educação Popular e Saúde, a qual propõe pesquisas baseadas na compreensão e respeito à sabedoria popular <sup>64</sup>. Nesse sentido, Paulo Freire afirma que reduzir os grupos populares a meros objetos de pesquisa impossibilita o conhecimento da realidade. Na perspectiva libertadora “a pesquisa, como ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta” <sup>64</sup> (p. 35). Gaia <sup>10</sup>, baseando-se nas obras de Paulo Freire, afirma que o estudo da realidade vivida por um grupo e sua auto-percepção devem ser o centro do processo educativo. Nesta concepção de pesquisa, os grupos populares aprofundam, como sujeitos, “o ato de conhecimento de si em suas relações com a sua realidade” <sup>64</sup> (p. 36), o que favorece a superação do conhecimento anterior em seus aspectos mais ingênuos. Dessa forma, pesquisar e educar “se identificam em um permanente e dinâmico movimento” <sup>64</sup> (p. 36).

A Educação Popular como método de análise consiste na pesquisa vocabular, na identificação de “palavras geradoras” que, nessa pesquisa, têm um significado profundo para a compreensão da Medicina Popular praticada. Busca-se refletir acerca de sua relação com a “situação-limite” vivida pelos trabalhadores rurais assentados, bem como a tentativa de sua superação.

Paulo Freire admite “palavras-geradoras” como aquelas que propiciam a formação de outras. Foram utilizadas no âmbito do método de alfabetização do educador como ponto de partida para a conquista do universo vocabular. As “palavras geradoras” fazem parte do vocabulário dos alfabetizados e favorecem o engajamento de quem as pronuncia numa perspectiva de transformação do mundo <sup>43</sup>.

À semelhança das “palavras-geradoras”, os “temas geradores” “se chamam geradores porque, qualquer que seja a natureza de sua compreensão como a ação por eles provocada, contêm em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” <sup>43</sup> (p. 108).

A relação entre as “palavras-geradoras” e a “situação-limite” dos assentados e acampados implica o “universo temático” da apropriação da terra dentro dos limites da sociedade capitalista e a situação marginal em que esse tipo de camponês se encontra, mas igualmente, e de modo contraditório, o enfrentamento possível dessa situação. Os médicos populares inserem-se numa experiência marcada pelo individualismo camponês – por meio da inserção individual / familiar no mercado como elemento de sobrevivência – que contrasta tanto com a organização do MST, quanto com os vínculos de solidariedade criados pela trajetória e reproduzidos pela própria situação de marginalidade.

Os vocábulos próprios da Medicina Popular baseada em ervas permitem observá-la em seus aspectos convergentes, divergentes e singulares sob o ponto de vista dos Agentes de Cura. Em outras palavras, os elementos componentes da Medicina Popular podem ser observados à partir do universo vocabular e dos temas nele recorrentes.

As “palavras-geradoras” identificadas na pesquisa no âmbito da Medicina Popular permitem compreender as representações que os Agentes de Cura têm de suas práticas na sua relação com os fatores contextuais vivenciados. Elas favorecem o entendimento acerca da relação entre a Medicina Popular e outros sistemas médicos, as particularidades das práticas

em áreas de Reforma Agrária organizadas por um movimento social e a percepção das diferentes influências nas práticas tendo em vista a origem e construção do conhecimento.

Dessa forma, constata-se que o encontro entre os métodos de Representações Sociais e Educação Popular possibilita refletir sobre a articulação entre as concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado e o conhecimento sobre plantas medicinais apresentados pelos Agentes de Cura do MST.

A partir dessas idéias, elaboramos o projeto considerando os interesses do MST, em especial aqueles apresentados pelo Setor de Saúde do movimento. Foram sugeridas questões a serem abordadas e discutidas as expectativas frente aos produtos oriundos da dissertação, como a elaboração de uma cartilha ou caderno de estudos que servisse de base para novas intervenções nas áreas e compartilhamento das experiências do setor.

## 2.3 ESCOLHA DAS ÁREAS

A minha inserção no II Curso de Terapias Tradicionais Chinesas e Práticas Alternativas do MST / RJ (Curso de Saúde, ou Curso) durante os anos 2008 e 2009 possibilitou a identificação dos diversos Agentes de Cura a partir dos educandos das regiões norte e sul do estado.

Após pergunta ao final de aulas do referido Curso sobre quem são as pessoas mais procuradas nos assentamentos / acampamentos quando se busca algum cuidado em saúde e alguns nomes – e respectivas localidades – foram citados. Perguntei também sobre líderes religiosos e sujeitos que detêm conhecimentos sobre ervas.

Ao todo foram citadas 36 pessoas. Considerando os limites de tempo, recursos financeiros e pesquisadores envolvidos no presente trabalho, foi necessária a adoção de novos critérios visando a limitar o número de participantes.

Inicialmente, pensei selecionar duas áreas em cada uma das grandes regiões de atuação do MST no Rio de Janeiro – Baixada, Sul e Norte do estado. Entretanto, tendo em vista algumas dificuldades práticas de realização da pesquisa, como o local de hospedagem durante o trabalho de campo e contato com pessoas que pudessem viabilizar a pesquisa na área, optou-se por realizá-la em um assentamento / acampamento de cada região organizativa.

Na seleção considerei que todas as áreas deveriam ter pelo menos dois anos de formação – a partir de sua ocupação –, o que corresponde ao tempo mínimo para se ter plantio e colheita e crianças que nasceram no local. Esse critério de seleção é fundamental pois remete à sociabilidade do grupo em questão e ressalta a importância do modo de constituição, evolução e consolidação das relações entre as famílias para compreender o objeto de estudo.

Dessa forma, selecionei dois assentamentos e um pré-assentamento, que serão apresentados adiante.

## **2.4 ENTRADA EM CAMPO: OS “DOCS” DA PESQUISA**

Francisco, dirigente do setor de saúde do MST do Rio de Janeiro foi meu contato inicial com o movimento no estado. Durante a primeira conversa que tivemos, em 2008, ele me contou a experiência do setor de saúde, que se concretizava na realização do Curso referido anteriormente. Como estava sendo iniciada uma nova turma, me informou que seria possível a minha participação enquanto educanda.

Ele me levou às áreas onde ocorria o Curso, me apresentou para a turma, educadores, outros membros do setor de saúde e dirigentes do movimento.

Com o início do mestrado e a proposta de estudo sobre plantas medicinais no MST / RJ, Francisco levou a idéia do projeto para discussão na Direção Estadual, instância de organização e decisão do movimento a nível estadual.

Após apresentação da proposta de pesquisa a mesma foi aprovada pela Direção Estadual do MST / RJ, possibilitando seu desenvolvimento em áreas organizadas pelo movimento.

Durante a fase de preparação do trabalho de campo Francisco me ajudou a fazer contatos nas áreas, tanto com os entrevistados quanto com dirigentes e militantes que me hospedariam em suas casas. Dessa forma, a “entrada em campo” foi possível devido ao apoio de Francisco.

Maria, moradora de um assentamento não selecionado para o trabalho de campo, foi educanda do Curso referido anteriormente, época em que a conheci. Seu entusiasmo e curiosidade em aprender as matérias ofertadas pelo Curso, sua história no MST e posicionamentos frente a diversas questões me chamaram muita atenção. Conversamos algumas vezes sobre a pesquisa de mestrado, ela opinou sobre o tema, conteúdos e a viabilidade da pesquisa nas áreas. Na medida em que o Curso avançava, Maria se interessava cada vez mais por plantas medicinais e pelo conhecimento envolvido.

Quando percebi todas essas questões mais claramente, e após conversa com meu orientador do mestrado, resolvi convidar Maria para me acompanhar durante o trabalho de campo. Imediatamente ela aceitou e começou a se envolver ainda mais com o projeto, me

fornecendo várias dicas, sugestões e idéias. Nesse momento eu imaginava que sua participação na pesquisa daria ainda mais “legitimidade” à participação do movimento na mesma e contribuiria para a entrada em campo. Para Maria seria uma experiência nova, com a possibilidade de aprender com pessoas de referência de outras áreas e conhecer diferentes realidades do MST no estado. É interessante notar também que pouco antes do início do trabalho de campo, Maria foi indicada para ser dirigente de saúde do movimento na região sul do estado – fato que em muito se deve ao seu destaque no Curso de Saúde.

Cada ida ao campo eu percebia mais a importância de ser acompanhada por ela. Sua presença fazia as pessoas se sentirem mais à vontade com a pesquisa e comigo, uma vez que uma assentada relativamente antiga no movimento estava, de certa forma, me levando à área. Algumas características pessoais suas também foram fundamentais: a familiaridade com a vida no campo, considerando os afazeres diários e o “tempo” próprio da roça; a sabedoria de resolver e lidar com determinados problemas do cotidiano, a exemplo da falta de água e luz; a forma de se comunicar e tratar as pessoas, o que aumentou a receptividade de todos em relação a nós; a experiência no lidar com o trabalho na roça, na casa rural – que é diferente do trabalho na casa da cidade –, em plantações, e criação de abelha – algo de pouco domínio pelos assentados e que causa admiração –; o saber sobre plantas medicinais e elaboração de remédios caseiros; o conhecimento sobre a história das ocupações na região sul do Rio de Janeiro; o conhecimento sobre as decisões políticas tomadas em sua área; suas opiniões firmes, baseadas na sua realidade e otimistas. Por tudo isso, Maria legitimou a entrada em campo de tal forma que a pesquisa não teria a riqueza de detalhes e a imersão no cotidiano dos sujeitos de pesquisa se ela não estivesse presente.

O papel de Francisco e Maria para a pesquisa de mestrado assemelha-se ao de Doc para Whyte <sup>65</sup>, pois aquele lhe apresentou o local e as pessoas de Cornerville para realização do trabalho de campo do pesquisador. Whyte <sup>65</sup> explicita a centralidade de Doc para viabilização da pesquisa e afirma que os primeiros passos para se conhecer uma comunidade são os mais difíceis, mas que com a ajuda de Doc ele conseguiria “ver coisas que, de outra forma, não veria durante muitos anos” <sup>65</sup> (p. 294).

Durante o período de janeiro a abril de 2010 realizei o trabalho de campo, quando entrevistei os Agentes de Cura das áreas selecionadas, um dirigente do Setor de Saúde do

estado do Rio de Janeiro e outra assentada – Maria – cuja presença ao longo da pesquisa foi essencial para a realização do trabalho de campo.

Antes de ir para cada área entrei em contato com quem pudesse me hospedar durante a pesquisa e com dirigentes locais. No primeiro assentamento em que realizei o trabalho de campo fiz uma visita exploratória para conhecer os participantes da pesquisa e organizar detalhes relativos à execução da pesquisa no local.

Durante o trabalho de Campo realizei seis entrevistas com os Agentes de Cura – dois por área – e permaneci aproximadamente 10 dias em cada área. Também entrevistei Maria e a dirigente do setor de saúde do Rio de Janeiro com a finalidade de contextualizar o MST no estado, seus avanços e percalços, as intervenções e reflexões do referido setor, e também de auxiliar a ter maior clareza sobre as práticas dos Agentes de Cura.

Uma consideração importante a fazer sobre a pesquisa de mestrado refere-se à influência do modo de entrada no campo e à minha profissão.

O apoio intensivo de militantes do MST para realização da pesquisa, especialmente durante a fase de trabalho de campo, provocou atitudes diferentes entre os sujeitos selecionados para a pesquisa.

Conforme será abordado a seguir, um dos entrevistados selecionados não se interessou pela pesquisa nem se mostrou disposto a nos receber para realização da observação participante. Tal atitude é condizente com a relação de tal entrevistado com o MST e a associação que ele fez entre o movimento e eu. Mesmo eu tendo enfatizado que não sou militante do MST e que a pesquisa integra um curso de mestrado em saúde pública, ter sido apresentada por dirigentes do movimento e estar acompanhada por uma assentada, significaram para o entrevistado que eu mantinha uma relação de identificação e talvez de pertencimento – não explícito – com o MST. Dessa forma, contribuir para a pesquisa dificultaria seu afastamento do movimento, o que era desejado pelo entrevistado.

Tal reflexão aprimorou-se somente após realização da pesquisa com o último entrevistado. Isso se deve à atitude oposta desse em relação àquele, uma vez que no momento de nos despedirmos o entrevistado ressaltou que em sua casa todos gostam do MST e por isso

eu poderia ficar tranqüila. Essa consideração feita por ele aponta para o fato de ele também ter me identificado com o movimento.

Dessa forma, é necessário considerar que as informações obtidas durante o trabalho de campo foram fornecidas num contexto em que os entrevistados, de forma mais ou menos intensa, me identificavam com o MST.

Outra questão que influenciou a coleta e as entrevistas se refere à minha profissão de farmacêutica.

Tal influência se reflete de forma mais marcante na dificuldade em se atingir o primeiro objetivo específico da pesquisa, qual seja, “identificar os problemas de saúde atendidos nos assentamentos / acampamentos”.

Não ter presenciado atendimentos dos Agentes de Cura, a distância entre as famílias, a indicação terapêutica que, para os sujeitos da pesquisa, as plantas trazem implícitas e respostas evasivas dos entrevistados quando questionados acerca dos principais problemas de saúde atendidos por eles dificultaram o alcance do referido objetivo.

As respostas evasivas mostram uma atitude defensiva dos entrevistados, o que se deve ao fato de exercerem uma “medicina não autorizada” que, como veremos no capítulo 4, pode implicar punições legais. Expor detalhes de suas atividades atuais enquanto Agentes de Cura, como os problemas de saúde que mais atendem, para uma profissional que é legalmente legitimada para produção de medicamentos que interfiram no processo saúde-doença pode ter efeitos ameaçadores.

Esse conflito entre a legalidade das práticas populares e científicas, expressas na relação que estabeleceram comigo – enquanto farmacêutica – também se manifestou quando Panacéia me perguntou se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu estaria lhe fornecendo um “título” que reconheceria suas práticas como eficazes e seguras. Também quando Alecrim, meses após a pesquisa, me pediu para “assinar” os remédios caseiros que ele estava fazendo e gostaria de vender.

## 2.5 AS ÁREAS E OS AGENTES DE CURA

Com a finalidade de manter o anonimato sobre os entrevistados, seus nomes foram substituídos por nomes de plantas medicinais que guardam semelhanças com características de cada um. Da mesma forma, as áreas serão apresentadas por meio de números.

Exceto uma área visitada, as outras são marcadas pelo grande número de barracas de lona preta, o que influencia muito as condições de vida dos moradores. Não há abastecimento de água nem coleta de esgoto e lixo em nenhuma área. O calor e a falta de árvores também é marcante em duas das áreas visitadas.

A degradação ambiental é uma característica comum, embora tenha diferentes causas diretas. Especialmente nas áreas 1 e 2 as famílias têm dificuldade para plantar devido à qualidade do solo local e recebem cestas básicas de institutos governamentais, o que garante em grande parte a alimentação mensal. Somado a isso, a falta de incentivos do governo para produção é um problema comum enfrentado por tais áreas. A dificuldade de escoamento da mesma – devido à ausência de transporte público e estrada até as casas dos moradores – também contribui para a precária condição de vida dos assentados e pré-assentados de maneira geral.

A distância entre as casas, mais acentuada nas áreas 1 e 3, dificulta o encontro das famílias, trocas de experiências e o enfrentamento de forma coletiva dos problemas próprios à vivência em áreas de reforma agrária. No entanto, vale ressaltar que os vínculos de solidariedade criados ao longo da trajetória das famílias no movimento contribuem para o fortalecimento da luta por melhores condições de vida.

Exceto a área 3, que possui escola e posto de saúde, os moradores das outras duas recorrem à tais serviços localizados na zona urbana mais próxima. É importante destacar que na área 3 o serviço de saúde atende apenas aos moradores de um dos núcleos, devido ao fato de o mesmo pertencer a determinado município e os outros pertencerem a outro município. Tal situação se deve à extensão territorial da área, que a divide entre diferentes municípios, fato também observado em outra área pesquisada.

Apenas na área 2 e em um núcleo da 3 os moradores relatam ter bom acesso aos serviços de saúde, peculiaridade do município a que pertence o assentamento / pré-assentamento. Nas outras duas as reclamações quanto à dificuldade de acesso e à qualidade do atendimento prestado são constantes.

Observei que a maior parte dos assentados e pré-assentados são evangélicos, mas em nenhuma das áreas visitadas existem igrejas.

Vivenciar o cotidiano dos moradores e enfrentar as dificuldades que passam em relação ao uso de água, alimentação, habitação, luz, excesso de frio ou calor, enchentes, chuvas fortes e transporte foi fundamental para a reflexão do objeto de estudo tendo em vista o contexto em que vivem e trabalham os integrantes do MST.

Na área 1 havia três sujeitos a serem entrevistados, no entanto, um deles não se interessou pela pesquisa nem se mostrou disposto a nos receber para realização da observação participante. Muito embora tenha se disposto a dar a entrevista, afirmou que não poderia contribuir muito porque não integra mais o MST. Com isso, resolvemos excluir tal entrevista da pesquisa e permanecemos com a participação de outros Agentes de Cura dessa área.

Refletindo sobre essa situação e conversando com Maria e alguns dirigentes locais na tentativa de compreender o contexto da área, notei que esse entrevistado possui várias discordâncias em relação ao MST e não se identifica como um Sem-Terra. A história daquele assentamento, marcada por ocupações, reintegrações de posse, mudança da área inicialmente ocupada e problemas com a direção afastou algumas famílias da organização do movimento.

Apresento a seguir os Agentes de Cura entrevistados, ressaltando alguns traços de sua trajetória de vida e modo de ser tal como pude perceber ao longo das visitas.

Panacéia viveu a maior parte de sua vida na área rural, gosta e se identifica com este ambiente. Há muitos anos ele participa da luta pela terra no estado do Rio de Janeiro. Durante sua trajetória ele sempre se empenhou em organizar novos acampamentos e trazer mais gente para compor os movimentos de luta.

Ao longo de sua trajetória aprendeu os diversos afazeres do trabalho no campo, fabrica muitos dos instrumentos de trabalho que utiliza, é tido como um homem que entende bastante sobre plantas, remédios caseiros. Por ser uma pessoa comunicativa, que integra o MST há

anos e que gosta de morar no meio rural, Panacéia conhece vários vizinhos da fazenda ocupada e outros assentados. O seu saber sobre plantas medicinais favorece as relações sociais, tendo em vista que quando encontra pessoas interessadas pelo assunto ficam um longo tempo trocando experiências.

Artemísia está no MST há aproximadamente dez anos. Foi coordenadora de acampamento e também do setor de saúde da área onde morava.

Artemísia gosta e sabe trabalhar no campo. Corta lenha, cuida de porcos, cavalos, gado, cachorros; sabe cultivar a terra e tem um cuidado especial em plantar alimentos sem utilização de agrotóxicos. Pretende produzir todos os alimentos de seu sítio de forma orgânica e evitar ao máximo o desperdício de restos de comida e detritos de animais.

A proximidade e carinho de Artemísia com a terra e, conseqüentemente, o conhecimento sobre a mesma são impressionantes. Conhece muitas plantas medicinais, entende sobre os melhores locais para plantio e formas de cultivo.

Alecrim viveu vários anos no meio rural e passou por várias dificuldades financeiras durante a vida. Possui conhecimento singular sobre plantas medicinais, pois conhece várias ervas nativas de matas. Devido a isso, nos guiou numa caminhada por esse meio. Alecrim produz remédios para outros assentados e acampados e participa das atividades do setor de saúde do estado desde que entrou para o MST, há dez anos aproximadamente.

Uma de suas principais características é comentar sobre sua origem e seus conhecimentos. Na opinião de outros assentados e acampados, o discurso de Alecrim apresenta “invenções”. No entanto, é interessante ressaltar que embora pareça invenção para os demais, para o entrevistado não é.

O aprendizado com os antecedentes é uma característica marcante em Alecrim. Seu discurso é uma forma de valorização do conhecimento próprio, o que se relaciona à forma como esse Agente de Cura percebe a Medicina Popular em sua relação com outros sistemas médicos.

Macela quase sempre morou na roça e entrou para o MST há aproximadamente cinco anos. Já foi coordenadora de núcleo e de área no movimento. É uma pessoa que conversa bastante, conhece muitos assentados e acampados.

Mantém um jardim muito bonito em sua casa, com flores, árvores. Tem um carinho muito grande com os animais, cuidando inclusive dos bichos de vizinhos que viajam e os deixam sozinhos; tem criação de cabra, galinhas, porcos.

Macela se disponibilizou a participar da pesquisa e fez questão de me mostrar as plantas que cultiva ao redor de casa.

É interessante notar que Maria sempre considerou importante realizar a entrevista com D. Macela tanto pela forma de sua inserção no MST quanto por seu conhecimento sobre ervas. Afirma que aprendeu muito com ela desde que a conheceu.

Poaia é uma mulher religiosa e freqüenta a igreja constantemente. Tal situação marca profundamente seus hábitos alimentares, modos de levar o cotidiano, de educar os filhos e suas relações sociais.

Assim como os demais entrevistados, Poaia é uma pessoa bastante comunicativa, carinhosa, interessada em ajudar outras pessoas e conhecedora dos problemas de saúde dos vizinhos.

Viveu grande parte de sua vida no meio rural e aprendeu sobre plantas medicinais em cursos, encontros que freqüentou e com vizinhos.

Está no MST há aproximadamente 11 anos e sua família desenvolve agricultura agroecológica. Produzem quase tudo que consomem e têm a perspectiva de aumentar ainda mais este percentual.

Poaia trabalha muito e inclusive foi difícil arrumar um tempo para realizar a entrevista. Apesar de ter uma atuação contínua junto às famílias de sua área em relação à saúde, ela nunca participou da direção do movimento.

Mandacaru viveu a maior parte de sua vida no meio rural e está no MST há 11 anos. Já foi coordenadora de acampamento e do setor de saúde de sua área.

Atualmente ela busca produzir de forma agroecológica, tendo em vista os malefícios que os agrotóxicos causam para a saúde.

Mandacaru possui várias plantas medicinais em seu lote, gosta de atuar na área da saúde e faz questão de passar seus conhecimentos para os filhos.

## 2.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### 2.6.1 ENTREVISTAS

A entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo<sup>58</sup>. Minayo<sup>58</sup> afirma que os dados primários obtidos em entrevistas “referem-se a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (p. 65). Essa mesma autora afirma que a entrevista é uma forma privilegiada de interação social, entretanto, devido ao fato de captar a fala formal sobre um tema, a sua análise deve ser acompanhada e complementada, sempre que possível, de informações provenientes de observação participante:

“Dessa forma, além da fala que é seu material primordial, o investigador qualitativista terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano”<sup>58</sup> (p. 66).

No presente trabalho foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com roteiro guia (ANEXO I). As gravações das mesmas ocorreram utilizando-se gravador digital e ocorreram nos domicílios dos sujeitos de pesquisa ou em locais indicados por eles, como sob a sombra de árvores ou em quintal.

Entendidas enquanto diálogo de caráter sócio-cognitivo e de valorização do saber, as entrevistas favorecem diferentes atitudes dos entrevistados.

Quando entrevistamos, estamos utilizando formas de classificação, incluindo pessoas, situações ou fenômenos em “classes” que supomos ser compartilhada pelos entrevistados. Esse compartilhamento nem sempre acontece, principalmente por que a relação entre entrevistador e entrevistado é uma relação entre pessoas de grupos sociais distintos não apenas do ponto de vista sócio-econômico como também cultural - nível de escolaridade, referências políticas, entre outros.

É interessante ressaltar, a propósito, o entendimento de Panacéia sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abordado anteriormente. Também em relação à autoria da entrevista, ele considerava fundamental não haver anonimato e ter seu nome publicado.

Alecrim também ressaltou o desejo que a dissertação se transformasse em livro, e não cartilha, e que sua participação no fornecimento das informações fosse explicitada.

Nessa relação com a pesquisadora, a posição assumida pelos entrevistados permitiu a classificação das entrevistas no âmbito da recusa (como ocorreu na primeira área), da negociação (Panacéia), da dúvida (Alecrim) e da aceitação (demais entrevistados).

A entrevista – e a pesquisa, de modo geral – com Panacéia situa-se no âmbito da negociação porque em vários momentos ele teve uma atitude de “teste” do meu saber e se mostrava nervoso com certas perguntas que eu fazia. Posteriormente, percebi que tais perguntas causavam desconforto pois Panacéia as considerava óbvias e não compreendia porque eu as fazia, uma vez que eu “me formei na faculdade”.

Maria desempenhou naturalmente um papel de mediação nesse contexto porque Panacéia tinha uma postura menos rígida com ela e ambos trocavam mais informações sobre ervas – Maria tem mais experiência que eu com plantas medicinais por morar no meio rural e estar constantemente em contato com as ervas.

A relação com Alecrim está inscrita no âmbito da dúvida porque, como abordado anteriormente, sua entrevista apresenta pontos de vista e trechos de sua história de vida que parecem invenções.

A dúvida gerada a partir da entrevista de Alecrim me conduziu à leitura do texto “Ilusão Biográfica” de Pierre Bourdieu <sup>66</sup> sobre a construção de uma biografia. Para o autor <sup>66</sup>, relatar a história de vida é tornar-se ideólogo de sua própria trajetória. Em função de uma intenção global, são selecionados acontecimentos significativos e estabelecidas conexões pra lhes dar coerência. Diante da seleção de fatos, o biógrafo, como um profissional da interpretação, “só pode ser levado a aceitar essa criação artificial de sentido” <sup>66</sup> (p. 185).

Com isso, é relativizado o caráter coerente e orientado da biografia, ressaltando o caráter imprevisível dos acontecimentos reais, o que se manifesta em sua apreensão numa investigação sobre história de vida.

Para Bourdieu <sup>66</sup> (p. 190),

“[...] não podemos compreender uma trajetória (isto é, o *envelhecimento social* que, embora o acompanhe de forma inevitável, é independente do envelhecimento biológico) sem que tenhamos previamente construído os estados sucessivos do campo no qual ela se desenrolou e, logo, o conjunto das relações objetivas que uniram o agente considerado - pelo menos em certo número de estados pertinente - ao conjunto dos outros agentes envolvidos no mesmo campo e confrontados com o mesmo espaço dos possíveis” (grifos do autor).

Nota-se, na entrevista de Alecrim, a recorrência dos comentários sobre seus feitos surpreendentes e capacidades singulares de seu avô, quem lhe ensinou sobre o uso de plantas medicinais e outros recursos terapêuticos.

Considerando a atitude de Alecrim frente à medicina oficial e a partir das reflexões acima expostas, observa-se que o contexto de disputa entre os saberes científico e tradicional é explicitado na entrevista desse Agente de Cura. Com isso, a característica particular da entrevista de Alecrim adquire centralidade para compreensão de suas concepções e práticas de cura.

## **2.6.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

A observação participante foi utilizada numa perspectiva de aprofundamento do conhecimento sobre as práticas cotidianas dos Agentes de Cura. Da mesma forma que para a entrevista, utilizou-se um roteiro guia (ANEXO II).

A observação participante exige uma proximidade com os interlocutores e participação na vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto de pesquisa <sup>58</sup>. Oliveira <sup>67</sup> lembra que durante essa fase do estudo o pesquisador deve acompanhar os interlocutores em situações formais e informais, interrogando-os sobre seus atos e seus significados por meio de um constante diálogo.

A fase de observação participante ocorreu antes e após as entrevistas, sendo o cotidiano dos sujeitos de estudo observado de forma crítica e sistemática a fim de refletir sobre o uso de plantas medicinais e a concepção do processo saúde-doença-cuidado. Buscou-se observar especialmente as questões relacionadas ao objeto de estudo, permitindo “desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição observada”<sup>58</sup> (p. 71).

O Diário de campo foi utilizado tanto durante as entrevistas quanto na observação participante. Nele constam as reflexões acerca de conversas informais, comportamentos, gestos, hábitos, falas e expressões que digam respeito ao tema da pesquisa<sup>58</sup>.

A utilização concomitante desses dois instrumentos de pesquisa – observação participante e entrevista – é importante pois “enquanto a primeira é feita sobre tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, a segunda tem como matéria-prima a fala de alguns interlocutores”<sup>58</sup> (p. 63).

No entanto, a observação-participante apresenta limites. Haguette<sup>68</sup> afirma que a própria natureza da observação-participante, ou seja, a relação observador / observado, pode obliterar a percepção do primeiro em consequência de seu envolvimento na situação pesquisada. O segundo limite apontado pela autora refere-se à impossibilidade de generalização dos resultados, pois é uma técnica que busca apreender os sentidos e não a aparência das ações humanas. Para Haguette<sup>68</sup>, a força da observação-participante é também sua fraqueza.

Minayo, Assis & Souza<sup>69</sup> chamam atenção também para o fato de a presença do observador gerar comportamentos ensaiados, o que é mais freqüente em pesquisas que envolvem avaliação. O melhor recurso para controlar ou desconstruir tal “efeito-visita” é aumentar o tempo de permanência no campo, “posto que os membros do grupo vão se acostumando à presença do pesquisador. Além disso, é possível ir conversando com as pessoas, sondando o quanto aquela situação é excepcional ou corriqueira e quais são seus significados.”<sup>69</sup> (p. 178).

## 2.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Gomes <sup>70</sup>, a análise e interpretação das informações geradas na pesquisa qualitativa devem caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social.

Apesar da Análise de Conteúdo ter surgido num cenário em que predominava o behaviorismo, corrente psicológica influenciada pelos princípios positivistas, Gomes <sup>70</sup> afirma que atualmente os pesquisadores tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem e realizar uma interpretação mais profunda da mesma.

Para esta pesquisa, procedeu-se a “Análise de Conteúdo” das entrevistas, especificamente por meio da técnica de “Análise Temática”. Neste tipo de análise, o conceito central é o tema, unidade de registro que se comporta como um feixe de relações, possibilitando a identificação de “núcleos de sentido” <sup>70</sup>.

A transcrição das entrevistas – feita integralmente por mim –, embora tenha levado mais de um mês, foi um momento importante de familiarização e reflexão sobre os resultados da pesquisa. Em média as entrevistas duraram 83 minutos e as transcrições ocuparam 286 páginas.

Foram registrados os gestos, emoções, silêncios, entonação de voz e eventuais comentários feitos pelos entrevistados sobre assuntos que a princípio não se relacionavam com a pesquisa. Tal cuidado é importante pois tais elementos, juntamente com as palavras, expressam os sentimentos e percepções dos entrevistados.

Após ter concluído, corrigido e realizado a conferência de fidelidade das transcrições, iniciei a leitura flutuante das mesmas – fase de pré-análise –, o que ocorreu em dois momentos distintos. Bardin <sup>71</sup> afirma que nessa fase deve-se “estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. (...) Pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes” (p. 122).

Durante a primeira leitura busquei observar os aspectos mais relevantes de cada entrevista tendo em vista os objetivos da pesquisa. Na segunda leitura sinalizei as convergências, divergências e singularidades do conjunto de entrevistas.

A fase seguinte, de exploração do material, como bem informa Bardin <sup>71</sup>, é “longa e fastidiosa”.

O processo de categorização dos resultados consiste em organizar as categorias que são formas do pensamento, ou construções culturais, que dão sentido à experiência; elas servem para organizar, classificar e explicar o mundo. No caso de pesquisas científicas, as categorias são compartilhadas pelos pesquisadores de um campo ou área científica específica.

À partir das anotações sobre convergências, divergências e singularidades, elaborei manualmente fichas para cada categoria oriunda do roteiro de entrevista semi-estruturado – categorias prévias. Dessa forma, cada categoria continha trechos convergentes, divergentes e singulares, visualizados por meio de diferentes cores, correlacionando as entrevistas (QUADRO 1).

Concluída essa classificação inicial, procedeu-se um rearranjo das categorias, fruto dos avanços alcançados na própria classificação. Concomitantemente, verificamos se surgiu alguma categoria nova – emergente – à partir das entrevistas e que não estava prevista no roteiro. Não foram observadas categorias emergentes, e, dessa forma, utilizou-se para análise e discussão dos resultados uma nova categorização (QUADRO 2).

QUADRO 1: Fase inicial de categorização

ENTREVISTADO	CATEGORIA								
	Conhecimento e uso de plantas medicinais 1. indicações, precauções, experimentações	Conhecimento e uso de plantas medicinais 2. cultivo, colheita, processamento	Ampliação do conhecimento	Religiosidade e uso de plantas	Concepção do processo s-d-c 1. etiologia	Concepção do processo s-d-c 2. eficácia terapêutica	Concepção do processo s-d-c 3. recursos terapêuticos	Concepção do processo s-d-c 4. sistemas terapêuticos	Concepção do processo s-d-c 4.1 SUS
<b>Panacéia</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Artemísia</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Alecrim</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Macela</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Poiaia</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Mandacaru</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>

QUADRO 2: Categorização utilizada na análise e discussão dos resultados

2.1 Conhecimento e uso de plantas medicinais

	<b>remédios de horta e remédios de mato</b>	<b>indicações e precauções</b>	<b>experimentações</b>	<b>colheita / coleta</b>	<b>processamento</b>
<b>Convergências</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Divergências</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Singularidades</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>

2.2 Ampliação do conhecimento

<b>Convergências</b>	<i>trechos</i>
<b>Divergências</b>	<i>trechos</i>
<b>Singularidades</b>	<i>trechos</i>

### 2.3 Religiosidade e uso de plantas

<b>Convergências</b>	<i>trechos</i>
<b>Divergências</b>	<i>trechos</i>
<b>Singularidades</b>	<i>trechos</i>

### 2.4 Concepção popular do processo saúde-doença-cuidado

	<b>etiologia e diagnóstico</b>	<b>eficácia terapêutica</b>	<b>recursos terapêuticos</b>	<b>sistemas terapêuticos</b>	<b>sistemas terapêuticos - SUS</b>
<b>Convergências</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Divergências</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Singularidades</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>

Com base no quadro 2, iniciou-se a fase seguinte, de tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A categorização utilizada permitiu deduzir a presença de elementos comuns que me conduziram a caracterizar o uso das plantas medicinais como parte do sistema de Medicina Popular, apesar das diferentes formas de sua expressão na prática dos Agentes de Cura.

Identificou-se um vocabulário próprio a uma medicina popular que faz uso de plantas medicinais, possibilitando a interpretação dos sentidos de cada vocábulo e sua integração dentro das categorias prévias. Ao proceder essa reclassificação das categorias conforme o vocabulário popular foi possível construir um “mapa de associação de idéias” (QUADRO 3).

Os termos próprios da Medicina Popular estudada que aparecem nas entrevistas apontaram para o caráter ao mesmo tempo singular e heterogêneo, polissêmico, das práticas populares em saúde. Indicaram também articulações entre as duas grandes categorias do trabalho, Conhecimento e uso de plantas medicinais e Concepção do processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, decidimos construir um “Glossário de termos da medicina popular baseada no uso de plantas medicinais”, apresentado no Anexo III.

QUADRO 3: Mapa de associação de idéias

VOCÁBU LO	CATEGORIA											
	remédi os de horta e remédi os de mata	indicaçõe s e precauções	experimentaç ões	colheit a / coleta	processame nto	Ampliação do conhecime nto	Religiosida de e uso de plantas	etiolog ia	eficácia terapêuti ca	recursos terapêutic os	sistemas terapêutic os	sistemas terapêutic os  4.1 SUS
<b>Vocábulo A</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trecho s</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Vocábulo B</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trecho s</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
<b>Vocábulo C</b>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trecho s</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>
. . . .	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trecho s</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>	<i>trechos</i>

Com os procedimentos sucessivos apontados acima, foi possível apreender o ponto de vista dos Agentes de Cura e reconstruir o sistema de Medicina Popular baseado no uso de plantas medicinais, apontando ao mesmo tempo a relação desse sistema com as condições de vida dos assentados.

## 2.8 ASPECTOS ÉTICOS

As atividades realizadas em campo estiveram de acordo com as determinações do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ, garantindo-se, desta forma, a consonância com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que definem as diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O setor estadual de saúde do MST autorizou a pesquisa por meio de um Termo de Autorização (ANEXO IV), uma vez que é a instância organizativa do movimento no âmbito da saúde. Para realização da observação participante a coordenação do assentamento ou pré-assentamento também assinou um termo semelhante (ANEXO V). Como abordado anteriormente, foi utilizado, durante as entrevistas semi-estruturadas, um roteiro previamente formulado e a mesma ocorreu após autorização do entrevistado por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO VI).

No TCLE há alguns esclarecimentos sobre o trabalho: objetivos e procedimentos do mesmo, critérios de inclusão do entrevistado, direito à desistência em segurança, possíveis riscos, benefícios ao sujeito de pesquisa e destino das gravações e filmagens. No TCLE consta também o nome da pesquisadora, seus meios de contato e o endereço / telefone do Comitê de Ética da ENSP. O termo foi lido e assinado pelo próprio sujeito da pesquisa. Cada entrevistado recebeu uma cópia do TCLE. Também solicitou-se autorização para gravação de áudio.

A mudança de nome dos entrevistados e a omissão de informações que possam levar ao seu reconhecimento são os meios de garantia de confidencialidade e sigilo quanto à identificação direta ou indireta dos mesmos.

Conforme indicação da Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde, os dados de pesquisa serão guardados, sob responsabilidade da pesquisadora principal, durante 5 anos; após esse período o material será destruído.

### **CAPÍTULO 3.**

#### ***O USO DE PLANTAS MEDICINAIS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DA MEDICINA POPULAR***

O uso de plantas medicinais no MST pode ser descrito e analisado a partir de características convergentes, divergentes e singulares apresentadas pelos Agentes de Cura. Refletir sobre tais relações permite compreender o uso de ervas como elemento fundamental da Medicina Popular praticada, um sistema médico não formal.

Para tanto, serão apresentados a seguir o conhecimento e uso de plantas medicinais e a concepção do processo saúde-doença-cuidado dos Agentes de Cura do MST. Ao final de cada item – 3.1 e 3.2 – será explicitado o Quadro-Síntese utilizado na fase de organização e análise dos resultados contendo exemplos de trechos convergentes, divergentes e singulares de cada categoria.

O Anexo VII contém, a título ilustrativo, oito exemplos de plantas medicinais citadas pelos Agentes de Cura, bem como características gerais, indicações, precauções e modos de uso. É importante ressaltar que não é objetivo da dissertação apresentar de forma pormenorizada as plantas medicinais utilizadas nas áreas nem proceder a identificação botânica das mesmas.

Todas as considerações sobre as plantas contidas no Anexo VII foram obtidas durante o trabalho de campo e advém do conhecimento dos Agentes de Cura.

### **3.1 CONHECIMENTO E USO DE PLANTAS MEDICINAIS**

Durante o trabalho de campo algumas questões acerca do conhecimento e uso de plantas medicinais chamaram atenção devido à sua recorrência e ênfase nas entrevistas e conversas informais. São elas: colheita / coleta e processamento de plantas medicinais, indicações e precauções, observação e experimentação própria, ampliação do conhecimento e uso religioso de plantas medicinais.

Tais questões relacionam-se com a origem dos sujeitos e construção do conhecimento dos mesmos, o que repercute, conforme veremos no próximo capítulo, em suas inserções na Medicina Popular e nas possibilidades, por eles vislumbradas, de articulação com a medicina hegemônica no SUS, a Biomedicina.

#### **3.1.1 COLHEITA / COLETA E PROCESSAMENTO**

Uma característica importante é a forma de aprendizado que interfere na preferência por cultivar plantas medicinais ou coletá-las no ambiente.

Macela e Poaia preferem cultivar plantas e não obtê-las diretamente em matas. Embora pai e avó de Macela sejam descendentes de índios Puri, ela relata que seu aprendizado foi observando o uso de plantas por eles. Dessa forma, grande parte do aprendizado de Macela se deu durante a criação de seus filhos e em cursos que fez, o que reflete em sua fala de que “*é vivendo e aprendendo*”. Com isso, é compreensível que ela prefira cultivar ervas, uma vez que saber coletá-las em matas requer um aprendizado mais direcionado para tal prática. Nesse aspecto Poaia se aproxima de Macela pois seu aprendizado sobre ervas ocorreu basicamente em cursos, livros e trocas com vizinhos.

Alecrim informou preferir coletar plantas medicinais em matas devido ao seu aprendizado ter se dado junto a índios. Ressaltou que a obtenção de ervas em matas requer ensinamentos longos e contínuos por causa do grande número e semelhanças entre as

espécies, peculiaridades de cada uma e existência de ervas tóxicas. Além disso, a vivência na mata é essencial para construção do conhecimento.

Apesar dessas grandes distinções feitas entre *remédios de horta* e *remédios de mata*, observa-se que o “bom senso” também é fundamental para a escolha de cultivar ou coletar plantas. Panacéia relata que de acordo com a necessidade, busca plantas na mata ou na horta, tendo em vista onde elas crescem com mais abundância. Cita o caso do xarope, em que usa plantas de ambos os locais. Tanto esse entrevistado quanto Artemísia, comentam que é importante cultivar uma horta ao redor da casa para um acesso rápido ao remédio. Mandacaru observou que prefere coletar plantas medicinais que crescem junto às suas plantações porque, segundo ela, em volta de casa (onde há horta) há muita água com sabão e urina de animais domésticos, o que prejudica a qualidade da planta.

Em relação à época de colheita e / ou coleta de ervas, Panacéia, Artemísia e Alecrim informaram que a lua nova deve ser evitada. Panacéia acrescentou que a melhor fase da lua é a Minguante, o que também deve ser observado no momento de ingestão de determinados remédios. Segundo esse entrevistado, certos remédios colhidos e / ou coletados na lua nova são capazes de matar uma pessoa. Alecrim, diferentemente de Panacéia, explicou que na lua nova ocorre a limpeza da terra, reduzindo a quantidade ou qualidade da propriedade medicinal da erva; segundo ele, as plantas medicinais não se tornam tóxicas na lua nova.

Panacéia tem uma fala singular ao informar que lua de sábado e domingo não influencia a propriedade da planta medicinal e, por isso, mesmo havendo lua nova durante o final de semana pode-se coletá-las ou colhê-las nesses dias. De acordo com o entrevistado: “[...] *pode tirar [colher a planta medicinal] sábado e domingo qualquer lua que for [independente da fase lunar], porque lua de sábado e domingo não vigora. Mas... se tirar na lua nova [em um] dia de semana, já era.*”

Mandacaru também foi única ao informar que observa a fase da lua apenas quando for ingerida uma planta “mais pesada”: “[...] *as folhas de mandioca, essas coisas assim, ela é mais (...) tóxica, né, (...) num pode tá... assim... usando qualquer época. Tem plantas também que são pesada no tóxico, aí eu num... Não dá pra ser usada*”. Entretanto, quando uma “planta pesada” é utilizada para fazer banho, não é necessário olhar a fase da lua.

Poaia, diferentemente dos demais entrevistados, afirmou que não observa a lua para colher ou coletar plantas medicinais. Macela não abordou considerações sobre a lua quando perguntada sobre as condições observadas na colheita / coleta de ervas.

Artemísia, Macela, Mandacaru e Poaia consideram importante colher a erva de manhã, antes que o sol “esquente”. Mandacaru e Poaia informaram que à tarde, depois de 16h também é um bom horário de colheita. Macela e Artemísia ponderaram que apesar de existir a melhor hora do dia, havendo necessidade de tratamento, pode-se colher ervas em qualquer momento.

Panacéia diverge dos demais entrevistados ao considerar que não há um melhor horário do dia para colher plantas. Alecrim, por utilizar mais plantas de mata, foi o único que informou sobre a coleta das mesmas. Segundo ele, é preferível coletá-las

*“[...] principalmente depois que o sol sai (...) porque existe o orvalho. (...) Se [tiver uma] árvore em cima [da erva, e essa árvore] é tóxica, o orvalho cai nela primeiro. (...) Então aquela ervazinha ali pode se contagiar através do orvalho em cima dela. Então é melhor que o sol saia primeiro pra depois você colher ela.”*

Artemísia é a única a ressaltar que não se deve coletar ervas que estão próximas à rua devido à possibilidade de contaminação por sujeira e agrotóxicos carregados pelo vento. Por isso, considera que o fundamental, entre todas as condições, é haver um local limpo e isento de agrotóxicos para se coletar ervas. Ela, Alecrim e Panacéia comentam sobre a importância de observar se há plantas tóxicas próximas à desejada devido à possibilidade de contaminação cruzada.

Pouco foi comentado sobre o processamento de plantas medicinais. As entrevistas abordaram aspectos diferentes dessa questão. Panacéia informou que as plantas não devem ser secas ao sol pois, segundo ele, pode “sair a proteína” das mesmas. Disse também que no caso de xaropes deve ser acrescentada uma colher de álcool para conservar a preparação. Artemísia afirmou que o chá não deve ser feito em vasilhames de alumínio pois esse metal pode fazer mal à pessoa. Poaia lembrou que para a planta medicinal “*soltar seus poderes no álcool*” durante o preparo de uma tintura, é necessário deixá-la imersa por 15 dias. Mandacaru afirmou que para fazer uma garrafada é necessário pesar a quantidade de erva a ser utilizada e

que a mesma não deve ser cortada com faca, e sim picada com as mãos. É interessante observar que ao ser questionada por mim se essa consideração se devia ao metal da faca, ela respondeu: *“não sei, deve ser. Ou então... sei lá, deve ser mito, não sei também”*. Entretanto, completa que há tal informação em livros antigos e que também se trata de um ensinamento indígena.

### 3.1.2 INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Em relação às indicações e precauções no uso de plantas medicinais, observa-se que há mais convergências e aspectos singulares entre os entrevistados do que divergências entre os mesmos. É marcante a preocupação com a indicação de um tratamento seguro sob diferentes aspectos: reconhecimento da planta, dose utilizada, preparação do remédio. Nesse sentido, todos apontaram a necessidade de se conhecer as ervas para se fazer boas indicações terapêuticas.

Enquanto Panacéia se reportou aos aspectos morfológicos das ervas, como características do talo e das folhas, Artemísia observou que apenas quando está certa sobre a identificação da planta ela a indica. Para certificar-se, busca auxílio de quem também possui vasto conhecimento sobre o assunto. Além disso, a entrevistado enfatizou que somente indica ervas medicinais bem conhecidas por ela, como Cana-do-Brejo e Quebra-Pedra e também quando tem certeza de que não há contraindicação, pois, segundo ela, *“mesmo sendo ervas, a gente não pode tomar qualquer”*. Dessa forma, observa-se que ela se remete mais à toxicidade e segurança das ervas do que à contra-indicação propriamente dita.

Panacéia foi o único a comentar explicitamente sobre a possibilidade de erro na identificação de plantas que mesmo uma pessoa experiente pode cometer: *“[...] e a gente também erra, hein? (...) Teve um dia que eu lá ia pegando um remédio, eu peguei o remédio e falei... não, não é esse remédio aqui. Mas parecido, parecido. (...) Aí eu peguei, mexi com a flor e falei: ‘não, não é’”*. Além disso, ressaltou várias situações em que percebeu o engano de alguém ao coletar determinadas plantas devido à semelhança morfológica entre ervas

diferentes. Tais casos ocorreram com Espinheira-Santa, Chapéu-de-Couro, Assa-Peixe e Cerralha.

Alecrim, Macela, Poaia e Mandacaru, apesar de não explicitarem nas entrevistas a preocupação com a correta identificação de plantas medicinais, mostraram, durante a observação-participante, como tal questão faz parte de seus cotidianos. Todos mostraram no livro ilustrado sobre plantas medicinais que eu levei para o trabalho de campo, em suas hortas ou na mata, as diferenças entre as ervas e indicaram qual (is) utilizam. Algumas plantas citadas, bem como características, indicações e precauções indicadas pelos Agentes de Cura podem ser verificados no Anexo VII.

Um dos entrevistados tem uma relação próxima com pesquisadores universitários, e por isso, quando tem dúvida quanto à espécie, fornece o exemplar para que seja feita identificação botânica.

Além do conhecimento e identificação de ervas, todos os sujeitos de pesquisa relataram atenção com a quantidade de erva a ser utilizada, uma vez que dosagens erradas podem prejudicar os usuários.

Artemísia e Mandacaru alertaram que “ervas fortes” devem ser colocadas em menor quantidade. Alecrim afirma que “[...] de acordo com o problema uso a erva certa. (...) A dosagem certa, tá, porque cada tipo de erva tem uma dosagem. (...) Com uma medicação errada você mata uma pessoa”. Panacéia comentou sobre a necessidade de se conhecer a quantidade de erva a ser usada e também os efeitos colaterais que as plantas causam. Citou como exemplo a Erva-de-São-João, que além de ser anti-hipertensiva, pode provocar aborto.

Macela relatou precauções em relação à quantidade tomada utilizando explicações baseadas na divisão quente / frio: “Não pode tomar muito [Chá de Alfavacão] porque ela é quente. (...) Aí você toma friagem e aí de repente você pega um... uma infecção, né? Mas pra quebrar a caloria dela o que que eu fiz? Eu peguei, cortei um limão e coloquei dentro”. Do mesmo modo, Panacéia enfatizou precauções em relação às plantas medicinais “quentes”: “toma com cuidado [a casca do Óleo Vermelho curtido no vinho Moscatel], abre o olho que se não tomar com cuidado e abrir o olho... morre também. Porque se tomar ele e tomar um banho frio morre, entendeu?”.

Panacéia e Artemísia, com diferentes indicações, comentaram sobre remédios que não podem ser misturados para não alterar a segurança ou eficácia dos mesmos. Panacéia afirmou:

*“[...] o Chapéu-de-Couro, por exemplo, é um remédio que a gente usa ele, só ele [tom enfático]. Panacéia: só uso ele. Já... Já o Quebra-Pedra você pode misturar o Quebra-Pedra com Abacate, já pode misturar com... Língua-de-Vaca. Já o Chapéu-de-Couro eu não aconselho que misture, porque às vez... as química de um já vai complicar e fazer mal à pessoa. Isso aí eu sei”.*

Tal comentário denota um conhecimento empírico advindo de erros e acertos; é diferente da observação de Artemísia, que é mais geral e não específica para quais plantas deve ser feita a separação: *“[ao se fazer um chá], pica as folhas, coloca separado, pra um não tirar as propriedades do outro”.*

Alecrim foi o único entrevistado a comentar explicitamente sobre posologia, indicando para uma pessoa que lhe procurou quantas vezes ao dia deveria ser utilizado o remédio e durante quanto tempo. Explicou também como o mesmo faria efeito e as limitações que teria durante o tratamento:

*“[...] fui, fiz remédio pra ele, aí eu falei assim: ‘mas ó, só tem uma coisa. Você tem que tomar esse remédio todo dia três vezes ao dia. E outra coisa, tu vai botar isso aí pra fora aos poucos. Vai limpando aos poucos. E durante esse tempo, de limpeza, você procura não ter relação sexual com ninguém. Com ninguém pra não prejudicar outra pessoa’ [tom enfático].”*

Outras precauções também foram abordadas, como o uso de Aroeira em ferimentos infeccionados. Poaia considera tal planta “forte”, e por isso poderia agravar ainda mais a situação; seria preferível um remédio que atuasse na imunidade da pessoa, como a Tansagem.

Macela e Poaia têm uma clara divergência em relação à Panacéia no tocante ao uso de bebida alcoólica. Para as primeiras, o uso de bebida alcoólica é algo que sempre deve ser evitado. Sendo assim, Macela apresenta desconfiança em relação aos remédios produzidos por Alecrim devido ao uso do álcool Porém, durante o trabalho de campo e em outras ocasiões em

que tive contato com os assentados não percebi descrédito em relação ao *conhecimento* de Alecrim por causa da bebida alcoólica, e sim em relação à *qualidade dos remédios* por ele produzidos.

Poaia afirmou que recomenda com frequência o uso de tintura – preparação que utiliza álcool – porque a maior parte das pessoas que ela assiste são idosas e não são alcoolistas. Ela se remeteu a uma situação em que preparou um xarope à base de tintura para um jovem que acabou bebendo todo o remédio de uma só vez devido à sua adicção. Diante disso, ela passou a ter mais cuidado em relação ao uso de álcool em suas preparações e a observar para quem indicaria tais composições.

Panacéia, no entanto, ponderou que *“bebida [alcoólica], ela prejudica. Essa cachaça daqui [do assentamento] [breve pausa, tom enfático], alimentação daqui que nós come, então prejudica. Mas se é uma bebida, se é uma cachaça pura e alimentação boa, ela serve de remédio ainda”*. Observa-se que todos os três entrevistados são religiosos; Poaia é cristã e a mais atuante na igreja, Macela é Evangélica há muitos anos e Panacéia há pouco tempo, estando ainda se adaptando às orientações da igreja, pois, como ele mesmo diz, ainda não pôde ser batizado devido ao fato de ser fumante.

Tanto Poaia quanto Panacéia alertaram sobre as diferentes indicações da mesma erva, dependendo da formulação em que é utilizada. Poaia afirmou que: *“Espirradeira [pausa] [na forma de pomada] (...) mata ela [a ‘bactéria’ que causa escabiose] porque some, desaparece, né? (...) No caso pra ingerir eu não sei nada não”*. Panacéia fez afirmação semelhante ao comentar sobre o uso de fumo. Segundo ele, o uso de fumo por meio do cigarro é prejudicial, já como uma preparação de uso tópico pode ser útil no tratamento de piolhos.

Outro aspecto ressaltado pelos entrevistados é a centralidade do meio-ambiente para a medicina popular. Alguns relataram a diversidade de recursos naturais / medicinais de seus sítios, o que possibilita a produção de diferentes remédios e, por exemplo, o aproveitamento de argila e plantas na recuperação e manutenção da saúde. Alecrim enfatizou que a terra também tem necessidade de se curar, e por isso são produzidas diferentes ervas medicinais.

Devido ao uso intensivo de agrotóxicos no local onde foi formado o assentamento de um dos entrevistados, ele e sua família iniciaram um processo de recuperação do solo por meio de práticas agroecológicas. Tal situação foi relatada com muito entusiasmo e satisfação,

pois agora é possível perceber o nascimento de várias espécies de plantas que não havia no local. Além disso, o entrevistado ressaltou a exuberância da flora local, que passou a ter ervas medicinais ainda desconhecidas por ele sob o ponto de vista curativo. Refletindo sobre a contradição entre usar agrotóxico em larga escala e cultivar plantas medicinais, ele afirmou que o atual modelo hegemônico de produção é uma barreira para o plantio de ervas medicinais com qualidade e elaboração de remédios caseiros. Nesse contexto, afirmou ser importante dialogar também com os vizinhos para conscientizá-los sobre os riscos no uso de agrotóxicos e as vantagens da agroecologia.

Perguntadas sobre quais os usos que fazem das plantas medicinais, Mandacaru e Macela comentaram que as utilizam e indicam em situações “banais”, como em casos de “*bronquite, gripe, uma febre ou outra qualquer*” (Mandacaru), “*diarréia, dor de barriga e enjôo no estômago*” (Macela). O relato de Mandacaru é explicitamente divergente de Alecrim, que diz ter curado pessoas com AIDS por meio de plantas medicinais. Mandacaru afirmou que embora tenha sido procurada para elaborar esse tipo de tratamento, não tinha “*pesquisado tão profundo sobre essa doença*” e por isso preferiu não indicar remédios.

Artemísia também relatou conhecimento “*assim de chazinho, chá pra dor, mas pra uma coisa séria mesmo, que você vai ter um infarto, aí eu não sabia*”. Por isso, ela optou por comprar um aparelho de medir pressão para que pudesse controlá-la e assim impedir problemas de saúde mais graves – infartos, derrames. Nesse sentido, aprendeu também a prática de sangria para evitar tais agravos.

Panacéia foi o único entrevistado a fazer uma separação entre “remédios que controlam a doença” e “remédios que curam”. Embora ele tenha feito essa divisão de forma clara, foi em apenas um trecho de sua fala:

*“[...] o Capim-Português, que muitos conhece por Capim-Mulambo, que é pro diabético, e a casca do Óleo Vermelho curtido no vinho moscatel, pro bronquítico. Só tem esses dois remédios que eu posso até ensinar outros remédios pra controlar. Mas pra curar... [não tem] (...) Porque esse Óleo Vermelho, esse óleo vermelho, isso foi indicação de um preto velho que ensinou minha mãe. A minha mãe curou muita gente com aquilo, minha mãe passou pra mim as*

*indicações e eu com essas indicações já arrumei muita, mas muita [tom enfático] casca de óleo vermelho pros outros”.*

Panacéia também tem um ponto de vista singular ao explicitar a importância de se conhecer dois remédios diferentes para a mesma finalidade terapêutica. Segundo ele, o Juá desaparece em determinadas épocas do ano, e por causa disso, é necessário conhecer outra planta medicinal como alternativa de tratamento.

A classificação popular acerca de “reimoso” não foi contemplada no roteiro da entrevista semi-estruturada nem aprofundada durante a fase exploratória da pesquisa. Entretanto, já na primeira ida ao trabalho de campo surgiu essa questão durante conversas informais com Panacéia, o primeiro sujeito entrevistado. Mandacaru foi a única participante da pesquisa a comentar que não há alimentos reimosos, e sim uma incompatibilidade entre determinados alimentos e determinados organismos. Ela considera, diferentemente de sua avó, que o consumo de alimentos reimosos é benéfico pois faz emergir a doença. Citou como exemplo o aparecimento de sintomas de sífilis após ter comido muito churrasco de porco durante a gravidez.

### **3.1.3 OBSERVAÇÃO E EXPERIMENTAÇÃO COM PLANTAS MEDICINAIS**

Todos os entrevistados relataram experimentações com ervas para perceber a efetividade do remédio para então indicá-lo para outras pessoas. Panacéia fez uma afirmação interessante a esse respeito:

*“[...] eu pego, faço às vezes um remédio em mim, aí eu pego, penso... peraí... isso aqui é bom; se eu botar nesse remédio... E eu boto e aprovo aí eu começo a dar pros outros. Quer dizer, aí no caso se morrer, o primeiro a morrer vai ser eu [tom de leve risada]”; “Eu esqueci de pedir você pra ler [num livro ilustrado sobre plantas medicinais que eu havia levado para o trabalho de campo] qual a*

*finalidade da cerralha. A não ser a que eu conheço. Eu conheço é... foi o chute que eu dei, né? Não é veneno, então vou tomar”.*

Todos os sujeitos de pesquisa enfatizaram a experiência pessoal com a planta, e é interessante notar que independente de quem a indicou – vizinhos, amigos ou profissionais de saúde –, o fundamental é que os efeitos sentidos sejam positivos: “[a] Unha-de-Gato que a médica receitou (...), eu nunca tinha ouvido falar. À partir daí que eu comecei a fazer uso dela. E também agora eu indico, pois eu me senti bem. Tanto levantou a minha imunidade como foi bom pra artrite”. (Artemísia)

Para Mandacaru a percepção de efetividade no próprio corpo foi essencial para fazê-la “acreditar” que as ervas realmente são úteis como recurso terapêutico:

*“[em um dos primeiros tratamentos que eu indiquei], eu socava o Capim Pé-de-Galinha, misturava, né, eu misturava o Capim Pé-de-Galinha com a Aroeira, muitas plantas lá que hoje eu... nem uso mais pra poder tirar [a inflamação que estava sob o local onde foi feita a incisão cirúrgica], puxar aquilo e... E foi aonde eu comecei: ‘pois é, realmente as plantas elas faz um trabalho bom, né, elas curam mesmo’”.*

Para Poaia a experiência com uso de ervas é tão marcante e significativa que ela se sente frustrada quando alguém não confia em suas indicações:

*“[...] a maioria das pessoas que fala comigo que tem enxaqueca diz que não tem cura, eu disse assim: ‘é, porque você não experimentou o que eu experimentei’. Porque quando você tem, né, pra você dizer, né, uma base [advinda da experiência], né, você fica impressionada e fico triste quando eles [para quem ela sugere determinado tratamento] não acredita”.*

Macela, particularmente, relatou também experimentações em relação ao local para cultivar suas plantas, uma vez que há lugares em que as ervas se desenvolvem melhor que em outros.

Mandacaru e Artemísia enfatizaram a observação de animais, tais como cães, cabras, vacas e pássaros como forma de conhecimento sobre a efetividade e segurança de tratamentos. Macela, embora não tenha sido explícita quanto à isso, afirma que é bom colher as flores de manhã, ainda com orvalho, *“aonde as abelhas visitam também”*.

### **3.1.4 AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS**

Panacéia, Alecrim, Artemísia e Mandacaru afirmaram que de modo geral os jovens das comunidades não se interessam em aprender e não têm conhecimento sobre plantas medicinais. Panacéia acrescentou que *“só não aprende quem não quer”*, e por isso sente-se incomodado com a falta de conhecimento dos jovens. De acordo com Artemísia, *“os meninos hoje não tem o conhecimento, mas as pessoas mais... que tem um pouco mais de idade, mais antigas, né, então conhece muita coisa, então as pessoas lá fora [fora do assentamento] pede [indicação pra mim]”*. Alecrim lamentou que as prioridades assumidas pelos jovens atualmente não incluem aprendizados sobre medicina popular e tradicional adquiridos com os mais velhos. Mandacaru ressaltou que em outros acampamentos, quando ela vai com pessoas do movimento dar uma palestra sobre saúde, os jovens se interessam pelo assunto. Essa entrevistada informou que suas filhas se interessam em aprender sobre plantas medicinais e normalmente preparam chás e xaropes, o que também foi percebido durante a observação-participante.

Macela, de forma divergente dos demais, afirmou que os jovens de seu assentamento a procuram para aprender sobre plantas.

Todos os Agentes de Cura relataram ser procurados pelas pessoas para indicação de tratamentos, remédios ou obtenção de conhecimento sobre plantas. Durante a observação-participante eu presenciei tal situação na casa de Artemísia e Poaia. Entretanto, Macela foi a entrevistada que informou passar com mais frequência seu conhecimento para outras pessoas. Alecrim relata ser menosprezado por dirigentes do movimento, tanto em relação à sua prática com plantas medicinais quanto em assumir um cargo de direção na área da saúde no

assentamento. Entretanto, segundo ele, essas mesmas pessoas que o menosprezam, procuram-no quando precisam de algum tratamento. Alecrim informou também que atualmente quase ninguém o pede indicação de remédio de planta. No entanto, ao insistir na pergunta, uma vez que ele foi indicado para participar da pesquisa, foi-me dito que algumas pessoas o procuram mais para obtenção de conhecimento e não do remédio elaborado. Tal afirmação é convergente com o que Macela relata sobre a desconfiança que as pessoas têm em relação à qualidade dos remédios por ele produzidos e que também com o que foi percebido durante a observação-participante.

Panacéia, Artemísia e Mandacaru ressaltaram que na época em que estavam acampados a troca de conhecimento e a procura por eles para obtenção de remédio ou conhecimento era maior que no assentamento.

Panacéia comentou que durante o acampamento ele era muito procurado para indicação de tratamentos, o que não ocorre com tanta intensidade atualmente. Segundo ele, contribuem para a situação a dispersão das famílias no território do assentamento.

Artemísia afirmou que o acampamento, apesar de todas as divergências entre os acampados, era como uma família. A proximidade no território era tamanha que nem havia necessidade de alguém procurá-la; todos sabiam como os outros estavam, se doentes ou não. Ela ressaltou a compaixão como elemento fundamental dos laços formados na época. Depois da divisão do acampamento e conseqüente transformação em assentamento, *“cada um foi pro seu lado”* (Artemísia) e a troca de conhecimentos ficou mais pontual. Atualmente ela relata que apenas uma vizinha a procura com mais freqüência para indicação de algum remédio.

Mandacaru relatou que na época de acampamento ela atuava mais no setor de saúde formando pessoas para trabalharem nele e produzindo remédios numa farmácia que tinha em casa. No acampamento os remédios caseiros eram bastante procurados e ela enfatizou a confiança dos acampados como elemento fundamental da medicina popular praticada. Após haver a divisão em lotes as pessoas se *“destacaram mais da medicina natural”* (Mandacaru), tendo contribuído para isso a distância entre ela e os outros assentados, uma vez que é necessário o transporte de carro ou moto para chegar em seu lote. De acordo com esse relato, Mandacaru informa que as pessoas deixaram de procurá-la com mesma freqüência que antes, mas não afirma que houve um afastamento dos assentados em relação à medicina popular.

Exceto Artemísia e Poaia, os outros entrevistados, temerosos com a quantidade de erva a ser usada por aqueles que lhes procuram, informaram preferir fazer o remédio e entregar para a pessoa do que ensiná-la a produzi-lo. Destacam-se Panacéia, quem reconhece que dependendo do remédio *“é bom fazer porque aí eu sei as composição”*, mas ressalta a necessidade de ensinar a quem lhe procura e Alecrim, que privilegia a entrega do remédio pronto e não o ensino do preparo porque teme ser culpado por um eventual problema. Tal questão influencia sobremaneira a ampliação do conhecimento na área, uma vez que o mesmo continua restrito aos Agentes de Cura.

Artemísia não problematiza a possibilidade de a pessoa fazer o remédio de forma errada, e decide se irá fazê-lo ou não para o demandante de acordo com a emergência e local onde é requisitado o produto. Poaia ressaltou que projetos coletivos de troca de experiências fortalecem o aprendizado de todos e devido à isso opta por construir tais projetos em sua área. Entretanto, ela afirma que atualmente grande parte das pessoas que lhe procuram preferem obter o remédio pronto e não aprender a fazê-lo, situação que deve ser superada.

Em uma das áreas estudadas, há experiência de produção de remédios caseiros e outros produtos à partir de plantas medicinais de forma coletiva. Há uma clara iniciativa que busque valorizar e ampliar o conhecimento popular sobre plantas medicinais nesse assentamento. É interessante observar que são principalmente jovens os integrantes desse projeto na área, mas que há outros grupos – de áreas do MST ou não – que também fazem parte dessa experiência e que são compostos majoritariamente por pessoas mais velhas.

### **3.1.5 USO RELIGIOSO DE PLANTAS MEDICINAIS**

Artemísia, Alecrim, Macela e Poaia afirmaram não ser comum o uso de plantas medicinais com finalidade religiosa no assentamento. Mandacaru, no entanto, afirmou que há assentados que a procuram para tratamento de problemas espirituais. Porém, em Cabo Frio – onde ela morou grande parte de sua vida – isso é mais freqüente.

Alecrim foi o único que informou utilizar plantas na forma de banhos para limpar “auras” e, dessa maneira, harmonizar o espírito. Afirmou também que o banho espiritual tira o “*peso do corpo da pessoa*”. Segundo ele, no MST não é frequente o uso de ervas com finalidade espiritual / religiosa porque os integrantes do movimento consideram tal prática como mística, conferem um valor negativo à religião que a favorece e desprezam tal prática devido a isso. Entretanto, ele ressalta que ao pensar assim eles deixam de usar algo que é benéfico tanto para o corpo como para o espírito.

Panacéia comentou que conhece muito sobre uso espiritual de ervas mas prefere não falar sobre isso devido à igreja evangélica que frequenta. Mandacaru, Poaia, Macela e Artemísia também se aproximam da afirmação de Panacéia pois indicaram que por serem cristãs – evangélicas – também não reproduzem tal prática. Todas têm uma postura de discordância em relação ao uso espiritual de plantas e comentam sobre a superioridade da vida religiosa em relação à tal prática: “[*problema*] espiritual eu indicaria procurar Jesus” (Artemísia); “*quem usa essas doideira aí [...] eu acho que ela já viu que não deu certo, a vida não vai pra frente não. Vai pra frente é gente ligado com Deus.*” (Macela)

Macela e Mandacaru, antes de tornarem-se evangélicas, já utilizaram plantas com finalidade religiosa. Mandacaru, devido à indicação de sua avó, levava os filhos para benzerem-se com ervas. Entretanto, diz que não entendia muito bem o porquê de se valer de tal prática. Macela informou que já foi espírita umbandista mas que entrou para a igreja evangélica na busca de cura para o vício de seu marido alcoolista. Atualmente ambas se mostram convencidas de que não era uma forma eficaz de lidar com seus problemas e preferem frequentar a igreja evangélica para ajudá-las nesse enfrentamento.

Macela afirmou não saber se há, em seu lote, ervas utilizadas em práticas espirituais. No entanto, informou que algumas pessoas vão até sua casa para coletá-las e disse não se incomodar com a situação. É interessante notar que observei na frente da porta de entrada da casa de Macela um pé de Arruda e seu esposo usando um ramo dessa planta atrás da orelha, o que popularmente é reconhecido como uma forma de espantar “mau olhado”.

Mandacaru fez uma observação interessante sobre a diferença entre reza e oração. Segundo essa entrevistada, para a resolução dos problemas espirituais, os assentados buscam “coisa de reza”. E ela, apesar de não utilizar plantas ou “reza” para tratar tais problemas,

reconhece a existência dos mesmos e atua de alguma forma: “[...] quando eu vejo que aquele problema espiritual é coisa carregada, né, aí eu oro, né, pra eles. Não indico remédio nenhum não”.

Mandacaru também informou suas práticas em relação ao “olho grande”, “mau olhado”:

*“[...] quando eu vejo que tem muito olho grande no meu quintal, inveja, essas coisas, eu já oro. (...) Tem uma mulher aí (...), ela chegava aqui ela falava assim: ‘ai, que bonitinho!’ Menina, era batata. No dia seguinte aquilo tava morto. (...) Aí quando ela chegava lá no portão aí eu falava assim, falava assim: ‘Senhor, se essa mulher vim pra cá com inveja, (...) com ciúme, ou com alguma coisa ruim, o senhor queima por lá. [pausa] Que fique lá do portão pra fora.’ (...) Aí me ensinaram a jogar também água de Arruda nos passos dela, né, mas eu não fiz isso não. Só plantei um bocado de Arruda em volta da casa. (...) Aí minha mãe chegou e falou assim: ‘ué, tá com medo de... de inveja? Ué, cadê sua fé, garota?’ Eu falei assim: ‘não, mãe, não tô com medo de inveja não. Eu tô com medo é de uma mulher mesmo, que vem aqui em casa. (...) Mas... não é da... da inveja dela não, eu tenho medo é dela mesmo. Porque ela não pode abrir a boca que...’ (...). Sei que até os pés de Arruda morreram. (...) Andei plantando aí Comigo-Ninguém-Pode, andei plantando Pimenta. A Pimenta eu acredito que... é bom pra esse tipo de coisa, porque... Sabe porque? A Pimenta ela é brava. (...) Ela se encanta com a pessoa e a pessoa se encanta com ela. Aí não... Aí quebra o encanto”.*

Poaia foi a única entrevistada a ressaltar que a igreja que frequenta influencia marcadamente em seus hábitos alimentares e práticas de saúde. Essa influência esteve presente no início de seu interesse por plantas medicinais e na adoção de novos hábitos alimentares e de plantio:

*“a nossa igreja, né, ela trabalha com princípios de saúde, né, com incentivo... (...) Incentiva boa alimentação, né, que seja de alimentação de preferência saudável, né, natural, sem agrotóxico. (...)*

*E [minha amiga] começou a me ensinar sobre alimentação (...) então aquilo dali me chamou um pouco a atenção, né? (...) Eles sempre procuravam orientação de Deus pra tá... é... buscando na própria horta o meio... de se curar. (...) À partir daí eu passei a ter mais interesse ainda [em plantas medicinais]”.*

QUADRO – SÍNTESE 1: Conhecimento e uso de plantas medicinais

	<b>Convergências</b>	<b>Divergências</b>	<b>Singularidades</b>
<b>colheita / coleta</b>	“[...] nunca [colher erva] na lua nova, né, e sempre pela manhã”	“Não existe [melhor] horário do dia [para colher plantas]”	“Pode tirar [colher plantas] sábado e domingo qualquer lua que for porque lua de sábado e domingo não vigora”
<b>remédios de horta e remédios de mata</b>	“Eu gosto mais de cultivar [do que coletar plantas medicinais]”	“[As plantas que eu mais uso são] da mata”	“Ervas nativas são poucos que conhece. A não ser quem viveu [tom enfático] dentro do mato.
<b>indicações e precauções</b>	“Tem que usar do modo como eu falar para você .”	--	“[Eu conheço] ervas que as pessoas nunca ouviram falar”
<b>observação e experimentação</b>	“E também agora eu indico [determinada planta], pois eu me senti bem”	--	“Eu pego, faço às vezes um remédio em mm, aí eu pego, penso... peraí... isso aqui é bom”
<b>ampliação do conhecimento</b>	“Se eu tiver com tempo eu faço [o remédio de planta] e entrego [para quem o solicitou]”.	“[...] me procuram mais para obter conhecimento hoje em dia”	“Quando [a pessoa] tá na minha casa eu faço [algum remédio, como chá]; quando é na casa dela...”
<b>religiosidade e uso de plantas medicinais</b>	“[Não indico planta para lidar com problema] espiritual. (...) Eu indicaria procurar Jesus”.	“Ela [Negamina] é um banho espiritual, tá? Com ela [é possível] tira[r] o peso do seu corpo. (...) Eles [quem não faz tal uso] não sabem o bem que isso faz pra pele ainda”	“A nossa igreja, né, ela trabalha com princípios de saúde, né, com incentivo... Incentiva a boa alimentação”

## 3.2 CONCEPÇÃO POPULAR DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Examinaremos a seguir a concepção popular do processo saúde-doença-cuidado inscrita no uso popular de plantas medicinais. Para tanto, serão focalizados os aspectos acerca de etiologia e diagnóstico, eficácia, recursos e sistemas terapêuticos.

Tais elementos do processo saúde-doença-cuidado não foram referidos de maneira isolada pelos Agentes de Cura. Compõem uma concepção que aborda a (s) causa (s) das doenças, sua definição e caracterização e escolha do tratamento a ser seguido.

A articulação dos mesmos será retomada no capítulo seguinte, a fim de possibilitar a reflexão sobre a Medicina Popular observada.

### 3.2.1 ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO

Todos os entrevistados enfatizaram a alimentação como elemento importante da etiologia do processo saúde-doença. Embora comum, foi abordada de diferentes maneiras. Panacéia, Mandacaru, Macela, Artemísia e Poaia concordaram entre si em relação à possibilidade de se alimentar melhor na zona rural e na urbana, o que se deve à diversidade de alimentos que se pode ter acesso, produtos sem agrotóxicos e frescos. Alecrim não teceu comentários a respeito disso.

Panacéia comentou sobre a importância dos alimentos serem frescos e comparou a alimentação de antigamente com a que se consome hoje. A força dos jovens e a disposição das mulheres para executarem diversos tipos de tarefa se deviam, em anos passados, à boa alimentação existente na época. Ele afirmou que na roça é possível utilizar alimentos frescos, mas que a condição de vida atual dos Sem-Terra de sua área não possibilita isso:

*“[...] nós hoje não se alimenta não. (...) Eu explico pra eles [quem lhe procura] sobre a alimentação, falo da alimentação, mas não vale*

*nada, que eles... a gente não tem condições de comer direito, gente! (...) O povo daqui vai comer o quê? Vai comer congelado mesmo. Congelado, cheio de agrotóxico. (...) Justamente é a alimentação que não dá sustança pra ela [alguma mulher] pegar e ter disposição”.*

Artemísia ressaltou a “química” presente na alimentação como um fator importante no processo de adoecimento. Citou a indústria Monsanto, que para produzir em alta quantidade precisa utilizar agrotóxicos em seus produtos. Além da “química” do alimento, Artemísia comentou sobre seu sentimento de culpa quando o marido tornou-se hipertenso, o que ocorreu após ela tê-lo levado para morar no acampamento do MST. Entretanto, logo em seguida ela se corrigiu e afirmou: “[...] é claro que não foi né, não foi porque a gente tava no acampamento [que meu marido tornou-se hipertenso], né? Ele também come muita massa, muita Coca-Cola, é, comia muito. (...) Então ele tava sei lá, estragando a saúde dele”.

Alecrim foi o único entrevistado a afirmar a necessidade de o organismo estar acostumado com os alimentos e com a química dos medicamentos para não haver problemas de saúde. Cabe aqui uma observação sobre o comentário de Mandacaru que também atribuiu ao uso de medicamentos sintéticos o desenvolvimento de bronquite em seu filho. Segundo ela, após a criança ter usado o medicamento prescrito pelo médico, o “catarro” acumulou-se no pulmão e não foi expelido, originando a bronquite. A partir disso, Mandacaru passou a fazer remédios de ervas para o filho, o que o curou a asma.

Macela abordou os tipos de alimentos que podem fazer mal à saúde e os horários mais delicados para se alimentar. Segundo essa entrevistada, deve-se evitar jantar tarde e a ingestão de comidas gordurosas, a exemplo de frituras, leite, queijo e manteiga. Nesse sentido, ela enfatizou que quando sente algum mal-estar, primeiramente tenta lembrar quais alimentos ingeriu.

Poia teve experiências bastante significativas com doenças de suas filhas. Elas apresentam problemas de saúde relacionados à alimentação, restringindo bastante os alimentos a serem consumidos. Outros fatores contribuíram para que Poia passasse a ter um cuidado especial com a alimentação e a percebesse como elemento central do processo de adoecimento. Destacam-se a orientação da igreja a respeito dos alimentos, a inserção no MST

de forma a lutar e produzir de forma agroecológica e a dificuldade financeira para comprar os produtos vendidos em supermercados.

Mandacaru ressaltou a importância de se estar bem alimentado para que a “doença”, por meio de agentes patológicos, não se instale no corpo. Observa-se uma mistura de elementos oriundos da Biomedicina com outros da Medicina Popular:

*“Porque se você tá bem alimentado, mesmo que você pega doença, que a doença vem pelo ar, não adianta. (...) Por exemplo, só porque você colocou o pé no chão você pegou uma doença? Não é só por isso. E porque o teu corpo tá aberto pra... receber tudo. Agora, (...) a doença entra, ela tem que sair [tom enfático]. (...) Porque nós fomos feitos... Nós somos de carne. E você sabe que carne apodrece, né? Se você não cuida da carne... (...) A doença vem, por que como eu falei pra você na... naquela apostila [está se referindo à apostila de bioenergética que apresenta vários agentes patológicos para então o terapeuta fazer o diagnóstico por meio de fluxos energéticos; é uma forma de diagnóstico popular]... É, nós já temos um vírus, aliás, nós já temos todos os vírus no nosso corpo. Ele evolui de acordo que você esteja fraca, né? (...) Porque que as pessoas pega pneumonia? Porque (...) fica fazendo extravagância. Dorme até tarde [tom enfático], fica na... na friagem, né, às vezes tá quente do sol (...) entra dentro da geladeira [tom enfático] pra panhar [pegar] água gelada. Aí recebe um golpe de ar (...) daqui a pouco tá dando febre altíssima e não sabe porquê [tom enfático] (...). Aí vai vê tá com pneumonia. Quando a pessoa já não é muito bem alimentada, né, porque hoje em dia é muito difícil as pessoa se alimentar bem [tom enfático] Muito difícil. Principalmente na cidade”.*

Artemísia diverge de Mandacaru na medida em que também conhece a prática de bioenergética, mas discorda da mesma. De acordo com a primeira, o diagnóstico não ocorre por meio de fluxos energéticos, e sim por interferências humanas.

Artemísia e Mandacaru explicitaram as condições de vida / trabalho como causadoras de doenças. Artemísia comentou que na fábrica onde trabalhou não havia boa ventilação, fazendo com que constantemente os trabalhadores ficassem resfriados. Mandacaru lembrou que a existência de uma vala onde se jogava esgoto de fossa próxima à casa do pai de sua neta fez com que a menina tivesse escabiose pois costumava brincar lá.

O “problema de nervo” aparece nas entrevistas de Artemísia, Macela, Mandacaru e Alecrim. Artemísia comentou que em ocasiões distintas ela e seu irmão tiveram grandes aborrecimentos e que logo em seguida ambos apresentaram dormência nas pernas. Quando recentemente ela foi procurada por uma pessoa queixando-se do mesmo sintoma, concluiu que o *“problema de nervo que ele teve, o nervoso grande que ele passou”*, foi o responsável pela dormência na perna. Macela também abordou tal questão durante suas orientações terapêuticas, uma vez que associa dores no estômago a “problemas de nervo”. Mandacaru informou que não tem problema grave de saúde, mas que apresenta *“estresse e nervoso porque isso é de família”*.

Alecrim afirmou que de acordo com o “sistema nervoso”, no sentido de estar aborrecido e com rancor, a “aura” das pessoas muda de cor. Dessa forma, apesar de também comentar sobre o “nervoso”, Alecrim diferencia-se dos outros entrevistados pois considera a existência de “aura”. Além disso, informa que há uma relação entre “aura”, pele, anticorpos e espírito.

É notória a influência de alguns livros na vida de Poaia, marcando profundamente sua concepção acerca do processo saúde-doença-cuidado. Um trecho de sua entrevista sintetiza bem a idéia central de tais livros: *“a maioria dos pacientes dele [autor do livro, chamado Dr. David] era tratado na... com as... [pausa] nos hospitais e não tinha doença nenhuma.”* À partir dessas leituras, Poaia passou a explicar grande parte dos problemas de saúde – seus, da família e de quem lhe procura – como sendo de base emocional, o que corresponde à região do “intercérebro”. Apesar de ela não utilizar a expressão “problema de nervo”, observa-se que a base emocional a que se refere também denota problemas relacionais como aborrecimento e rancor.

Outra explicação etiológica fornecida que é convergente entre alguns entrevistados é a necessidade de prevenção de doenças. Alecrim comentou sobre a importância de “se cuidar” para a imunidade do corpo não baixar e o sujeito não ser alvo fácil para a doença. Macela

apontou especificamente a questão da higiene e Artemísia abordou a necessidade de prevenção especialmente em relação à química – em alimentos e medicamentos. Mandacaru e Artemísia também informaram sobre a importância de se preparar as refeições de maneira higiênica, o que faz com que elas evitem se alimentar em restaurantes, bares e lanchonetes, uma vez que elas desconfiam da limpeza desses locais.

Panacéia e Poaia comentaram sobre a importância de se perceber se a cicatrização de feridas, cortes e machucados ocorreu apenas externamente. Segundo eles, essa é uma situação frequente e que deve ser corretamente avaliada para que seja feita uma boa escolha em relação à terapêutica empregada. Ressaltaram que algumas plantas medicinais e medicamentos sintéticos devem ser utilizados com cautela devido à sua capacidade de cicatrização rápida, o que gera o descompasso entre cicatrização interna e externa.

### **3.2.2 EFICÁCIA TERAPÊUTICA**

Panacéia, Poaia, Mandacaru e Macela apontaram a “fé” da pessoa que usa a planta medicinal como um elemento importante para obtenção de efeito terapêutico. Associaram também o “amor” e a boa vontade com que o Agente de Cura prepara o remédio ou coleta / colhe a planta medicinal com a eficácia da terapia.

Panacéia, no entanto, comentou que é necessário, além do amor, ter capacidade para preparar ou indicar um tratamento para que o remédio ajude na saúde das pessoas. Nesse sentido, Macela também destacou dois elementos associados à eficácia terapêutica: o amor e a néctar da planta, a qual poderia ser traduzida, na linguagem biomédica, por princípio ativo. Essa entrevistada afirmou que quando o remédio é feito em casa, consegue-se obter o amor e a néctar. Já quando o mesmo é produzido em farmácias perde-se o primeiro elemento, tendo em vista que não se conhece a pessoa que necessita do remédio. Também perde-se a néctar porque a erva utilizada é seca, lavada, chegando as folhas a ficarem brancas.

Poaia e Panacéia associaram a eficácia da “simpatia” à fé da pessoa, e somente porque o sujeito acredita que aquela ação pode lhe trazer benefício é que obtém-se a cura.

Macela, durante a entrevista explicitou uma simpatia: *“a semente de Bandá (...) você fura, pendura no pescoço da criança que vai nascer o dente (...) e aí os dente nasce tudinho, sem trabalho, entendeu?”*. Panacéia, de forma semelhante, abordou simpatias durante conversas informais. Para o entrevistado, animais como o sapo podem ser usados dessa forma, mas também são valiosos do ponto de vista de suas propriedades intrínsecas, como utilização de seu veneno.

Além dos elementos “amor” e “fé”, Artemísia, Poaia, Alecrim e Panacéia comentaram sobre propriedades químicas que as plantas possuem. Artemísia apontou que o hormônio do almeirão é responsável pela melhoria dos sintomas de menopausa; Poaia comentou sobre os princípios ativos que são específicos de cada planta e que fazem com que apenas uma erva trate vários problemas de saúde; Alecrim afirmou que cada planta tem a sua propriedade de cura, a qual é uma propriedade química. Panacéia apontou o perigo de se utilizar “química”, tanto para produzir alimentos quanto para se curar, se referindo ao uso de medicamentos sintéticos. Entretanto, afirma que determinadas plantas medicinais podem ser misturadas para se produzir remédios pois *“eles então se torna uma química que vai fazer o bem. Agora, tem remédio que você não pode misturar um com o outro. Não pode. Porque aí se torna veneno”*.

Alecrim comentou também que a dificuldade para uma ferida sarar quando se usa um medicamento sintético se deve à química do medicamento que se depara com os alimentos reimosos, carregados. Segundo ele, o acúmulo de química proveniente de medicamentos sintéticos entra em choque com os alimentos reimosos; por isso não é preciso se preocupar com tal possibilidade de “choque” durante tratamentos que utilizam plantas medicinais. Entretanto, o alimento reimoso pode prejudicar quando o sangue da pessoa está ruim. Nesse caso, é necessário utilizar um depurativo do sangue, o qual irá promover a “limpeza” desse constituinte do corpo.

Panacéia salientou a limpeza, por meio de higienização, como forma de se obter eficácia em algumas situações. Ao curar um machucado da perna de sua irmã, ele ressaltou que usava bastante água quente e limpava bem, passava “éter” – talvez fosse álcool –, enxugava e fazia

o curativo “*em cima da carne, não em cima da inflamação*”. Com isso, diz Panacéia, é possível tirar o “verme” que existe em todo machucado e curar o problema.

Artemísia e Poaia, adeptas da homeopatia, também apontaram para a energia de uma preparação – obtida por meio de manipulação homeopática – como responsável pela eficácia terapêutica.

Um processo envolvido na percepção de eficácia terapêutica é a emergência de sangue, pus e feridas cutâneas.

Artemísia comentou sobre o aparecimento de furúnculos em sua pele como um indicador de que o remédio homeopático em uso estava sendo efetivo. O objetivo do tratamento era tirar os furúnculos do sangue para que a cura fosse promovida, uma vez que entende-se “cura” como um processo interno, e não externo. Tal visão é compartilhada explicitamente por Mandacaru, Alecrim, Poaia e Panacéia.

Nesse sentido, conforme abordado anteriormente, Mandacaru comentou sobre o benefício da comida reimosa ao fazer “transparecer a doença”. Nesse exemplo, ela estava grávida na época e após ter se alimentado de carne de porco, a sífilis “apareceu” em sua pele e ela pôde se tratar.

Alecrim destaca a emergência de sangue e pus em dois trechos significativos de sua entrevista:

*“[durante o uso de ervas para tratamento de hipertensão] fui só... me limpando. Limpando, limpando. A primeira reação [tom enfático] dos remédios de erva que eu comecei a tomar: eu comecei a botar sangue pelo ouvido. (...) Aquele sangue, que tava acumulado. Começou a jogar tudo pra fora. Sangue pra fora. Mas tem a erva certa, tá?”;*  
*“[falei para o rapaz que usou o remédio que eu fiz]: tu vai botar isso aí [a doença gonorréia] pra fora aos poucos. Vai limpando aos poucos. (...) Tinha dia que ele botava placa assim [fez o gesto indicando tamanho grande] ó, pela urina, de pus. Pela urina e pelas fezes. (...) Eu sei que [ele] colocou tudo pra fora, hoje em dia ele*

*come carne de porco, hoje em dia ele é casado, tem filho, nada prejudicou ele”.*

Nesse sentido, Alecrim faz uma comparação com os recursos terapêuticos utilizados no âmbito da biomedicina, os quais não promovem tal limpeza: “[...]  *você toma uma injeção de ‘benzetacil’, olha só, você tá com uma ferida, você toma uma ‘benzetacil’, aquela ferida não vaza. É o que que ela faz? Fecha. Aquele problema foi pra onde? [breve pausa] Pro teu sangue, tá? ”.*

Poaia e Panacéia destacaram a emergência de pus de machucados e feridas como sinal de que a erva utilizada estava sendo efetiva. Nesses casos, buscava-se corrigir o processo de cicatrização que estava ocorrendo externamente e não internamente.

Artemísia é a única entrevistada a considerar que as plantas medicinais contribuem mais quando são ingeridas na alimentação do que quando se faz chás.

Alecrim considera também as interferências da fase da lua para a eficácia de uma ação terapêutica. De acordo com esse entrevistado, alguns problemas de saúde estão mais fracos na lua minguante, favorecendo o tratamento dos mesmos.

### **3.2.3 RECURSOS TERAPÊUTICOS**

Panacéia, Alecrim, Artemísia, Macela e Poaia enfatizaram a “química” como elemento central da diferença entre medicamentos sintéticos e remédios caseiros.

Panacéia afirmou que quem produz medicamentos é o Químico, então é misturada tanta química no produto que ao invés de curar uma doença é produzida outra. Já as plantas medicinais, segundo ele, não possuem química – entendida como química sintética. Além disso, utilizar ervas colhidas recentemente e na lua certa é fundamental.

Alecrim ressaltou que a vantagem das plantas em relação aos medicamentos é que elas mantêm o equilíbrio do corpo e da natureza em volta da pessoa, pois as químicas industrializadas podem prejudicar o organismo.

Nesse sentido, Artemísia também associa química à veneno e ao surgimento de novos problemas quando se utiliza medicamentos sintéticos. Segundo a entrevistada, em determinado momento de sua vida ela precisou recorrer aos “alopáticos” pois não havia outra alternativa diante da dor que sentia. Entretanto, sua experiência de utilização do medicamento não foi boa e ela reforçou sua preferência por outros tipos de tratamento. Para Artemísia, o mais importante dos recursos terapêuticos e dos alimentos é não ter “química”.

Macela, apesar de ter bom acesso e elogiar o Sistema Único de Saúde, comentou sobre o perigo de usar “*medicamento assim de química*”, pois ao ser administrado para reduzir a febre, por exemplo, ele pode “*impedir o nascimento do dente*”. Segundo ela, as ervas são mais puras; “*a natureza pra mim é tudo... Não tem pra onde escapar também, né?*”.

Poaia também afirmou que os medicamentos sintéticos, embora façam efeito mais rápido, originam novas doenças e que as plantas medicinais são mais vantajosas porque não tratam somente um problema, e sim todo o ser sem agredí-lo. A entrevistada completou que só percebe vantagens nas ervas medicinais.

Assim como Poaia, Alecrim, Artemísia e Panacéia apontaram que os medicamentos sintéticos são mais rápidos e fortes que plantas medicinais.

Artemísia e Panacéia se referiram ao uso de plantas medicinais como alternativa ao gasto financeiro com medicamentos sintéticos.

Panacéia, Macela e Mandacaru relataram situações em que preferiram – ou articularam – o uso de medicamentos sintéticos à plantas medicinais. Panacéia comentou que utilizou “remédio de farmácia” e não “remédio do mato” para curar o machucado da perna de sua irmã. Macela possui em casa sabonete, medicamentos e seringas para utilizar nos animais que cria. Ela comentou sobre um medicamento que usou para curar diarreia de um dos animais e que não gerou efeito, levando-a a alimentá-lo com folhas de Bananeira, o que imediatamente o curou. Mandacaru comentou sobre a utilização de uma pomada ginecológica em ferida no

seio de uma senhora para “*puxar toda a inflamação que tá por dentro*” e em seguida o uso de Aroeira para auxiliar na cicatrização da ferida.

Poaia, no entanto, informou que seu marido leu em livros que não se deve utilizar medicamentos e plantas medicinais concomitantemente, optando, dessa forma, por usar exclusivamente ervas no tratamento de sua sogra.

Macela, Alecrim, Poaia, Artemísia e Mandacaru teceram comentários sobre experiências sem êxito com o uso de medicamentos sintéticos e / ou vivência de incômodos efeitos adversos. Nessas circunstâncias, todos relataram a substituição de tais recursos terapêuticos por plantas medicinais. Um trecho da entrevista de Alecrim exemplifica tal situação:

*“[...] enquanto eu tava tomando os captopril, minha pressão baixava e depois subia de novo; baixava... [breve pausa] e acabava me dando uma dor no estômago, ela subia de novo. (...) Então... Foi quando eu resolvi. Parei, vou começar a tomar o meu chá. (...) Sabe o que aconteceu? Minha pressão agora sabe quanto anda? 11 por 6”.*

Alecrim foi o único entrevistado a afirmar que os assentados o procuram para indicação de medicamentos sintéticos e que mesmo assim ele não indica.

Artemísia informou que as pessoas não a procuram para isso porque ela não utiliza medicamentos sintéticos e normalmente sugere para quem os utiliza a substituição por plantas medicinais. Ela toma tal atitude quando conhece alguma erva que cure o problema de saúde, tendo em vista o preço dos medicamentos comprados em farmácias.

Para Artemísia, os medicamentos sintéticos também devem ser evitados porque eles não saram, e sim remediam. Ela faz um contraponto com a homeopatia, cujos recursos terapêuticos curam pois o fazem de dentro para fora.

Alecrim, refletindo sobre os motivos de sua preferência por utilizar ervas e não medicamentos sintéticos, afirmou que isso se deve porque nesse caso ele está trabalhando com elementos da natureza. Além disso, o entrevistado informou que

*“[...] ao menos elas [plantas medicinais] eu conheço o grau de toxina delas. (...) [Cita como exemplo um médico que] passou uns remédios aí brabo pra raio pra mim... Aí eu falei: ‘não vou tomar isso não; (...). Não vou, que eu não conheço essas porcarias. Eu vou tomar o que eu conheço’”.*

A entrevista de Mandacaru é singular no que diz respeito à reflexão feita sobre o porquê de se utilizar plantas medicinais e sobre o modo como elas contribuem para a recuperação da saúde. Segundo ela, são recursos utilizados desde *“o tempo do... faraó (...), antes de Cristo. Porque que nós hoje não podemos usar, né? Eu acho que... eu creio que realmente as plantas foram feitas pra gente”*. Essa entrevistada também foi a única a comentar que primeiramente, quando alguém lhe procura com algum problema físico, ela sugere um cuidado com a alimentação por meio do uso de frutas, bastante líquido e alimentos sem agrotóxicos. Depois, se o problema de saúde não se resolver ela indica alguma erva.

### **3.2.4 SISTEMAS TERAPÊUTICOS**

Artemísia, Mandacaru, Alecrim, Macela e Poaia abordaram a importância de se procurar atendimento médico especialmente para obtenção de diagnósticos.

De acordo com Artemísia, *“[...] se você diagnostica a doença aí fica mais fácil. Se tá com uma úlcera, ou alguma coisa assim, você vai lá e Espinheira Santa, né, mas primeiro a gente tem que saber o que que a pessoa tem. Porque mesmo sendo ervas, a gente não pode tomar qualquer”*. Entretanto, ao ser questionada sobre sua frequência de ida ao médico para obtenção de diagnósticos, ela informou que quase nunca faz isso e sempre arrisca a se diagnosticar por conta própria. Em outro trecho de sua entrevista, Artemísia afirmou que deve-se procurar um médico depois que for utilizado um recurso natural sem obtenção de êxito. Ainda assim, ela aponta que a medicina popular não é efetiva no tratamento de algumas doenças, sendo necessário procurar recursos da biomedicina e utilizar equipamentos diagnósticos.

Seguindo essa mesma linha, Mandacaru afirmou que *“tem certas doenças que a gente precisa procurar o médico, né? Porque... Eu olho pra você assim, e você tá boa. Em si você tá boa, né? Mas você... Você só vai saber mesmo o que você tem se você fizer um exame, né?”*. A entrevistada informou que quando percebe que o problema de quem lhe procura é “bravo”, sugere a procura de um médico e orienta a pessoa a pedir exames como raio-X e hemograma completo. Nesse caso, ela ressalta que o médico deve ver os exames para que depois ela os veja e à partir do comentário do profissional de saúde ela indique algum remédio.

Mandacaru afirmou também que ao indicar um remédio caseiro avisa sobre a possibilidade de o mesmo não ser efetivo, e, nessa situação – assim como Artemísia –, orienta para que seja procurado um médico e então encaminhado outro tratamento. É interessante observar que o inverso – quando não é obtido êxito na biomedicina e então parte-se para a medicina popular – também foi relatado: *“[...] só quando eles vão no médico e não tem... [breve pausa] não tem jeito lá, que o médico fala pra eles que não tem jeito que às vezes eles me procuram [posteriormente ela disse que isso ocorre em casos de ‘doença muito pesada’ como o câncer].”*

Macela, assim como Artemísia e Mandacaru, afirmou que inicia os tratamentos caseiros e, caso o problema não seja resolvido, sugere a procura de um médico. As três entrevistados afirmaram utilizar e indicar plantas medicinais para problemas de saúde menos graves tais como bronquite, gripe, diarreia, febre.

Quando Alecrim percebe que a pessoa que lhe procurou está muito debilitada, ele sugere que ela vá até o posto de saúde mais próximo para obter um diagnóstico. Após a opinião do médico, Alecrim elabora o seu diagnóstico e sugere o tratamento, pois, em suas palavras, *“eu não sou médico, então quem sou eu pra fazer um diagnóstico se eu não estudei pra isso.”*

Panacéia também relatou que em determinados casos, como quando ocorrem picadas de cobras, ele orienta a pessoa a procurar imediatamente um socorro médico e que não procura ervas para tratamento do problema pois sabe que a pessoa pode morrer com a espera. Apesar de agir dessa forma, Panacéia comentou que consegue retirar o veneno do corpo utilizando faca e fogo, mas que ele faria isso somente em si mesmo.

Alguns entrevistados têm falas singulares em relação a sistemas terapêuticos. Panacéia afirmou que as mulheres preferem mais que os homens procurar atendimento médico. Ele enfatizou que isso é uma grande ignorância. Afirmou também que a medicina mudou muito, pois *“antigamente a pessoa era tratada com carinho. Se bobeasse, o carinho e o amor já servia de remédio pra pessoa, e hoje não, hoje não tem. A medicina hoje não existe amor. Pode acreditar nisso. Pode acreditar”*.

Artemísia afirmou que não se deve utilizar medicamentos sintéticos sem prescrição médica, e mesmo com a prescrição em mãos, ela considera que a pessoa deve primeiro procurar o raizeiro para se tratar. Além de não ter tido boas experiências com medicamentos sintéticos durante sua vida, Artemísia enfatizou o caráter mercantil da biomedicina:

*“[...] tem que vender remédio, então tem que ter pessoas doentes. Porque quando não tiverem pessoas doentes, não vai comprar o remédio. E se não comprar o remédio aí eles ficam sem dinheiro. (...) O Hahnemann [fundador da homeopatia] (...) tinha necessidade, ele sentia necessidade de fazer o bem, de curar, e não ficar na ganância”*.

A comparação que Artemísia faz entre biomedicina e homeopatia é constante em vários trechos de sua entrevista. Indica uma clara preferência por essa última devido à eficácia e poucos efeitos adversos sentidos com a utilização de medicamentos homeopáticos, além da ausência de “ganância” nessa racionalidade médica.

Apesar da explícita preferência pela homeopatia, Artemísia comentou sobre a utilização de equipamento e ensinamentos advindos do modelo biomédico, como a aferição de pressão arterial e atenção para dores de cabeça na região da nuca. Além disso, observa-se em sua entrevista articulação também com elementos da medicina popular:

*“[...] se tá com dor de cabeça, o que é muito perigoso [tom enfático], dor de cabeça e pressão tá alta demais, aí a gente vai logo ver se a pressão tá alta. E se não é pressão, aí dá logo remédio pro fígado. [risadas]. É... Porque aí se não melhorar, minha filha, vai lá procurar o SUS... [risadas]”*.

Observa-se clara divergência de Alecrim em relação à Artemísia no que diz respeito à utilização do sistema biomédico. Segundo ele, é importante estar sempre se cuidando, o que ocorre por meio do uso de recursos naturais ou da procura de atendimento médico caso a pessoa não saiba usar ervas. Entretanto, ele ressaltou que prefere a utilização de ervas e apontou limites da biomedicina:

*“[...] é isso que eu não aceito na medicina, entendeu? (...) Ela é um socorro rápido [tom enfático] (...) mas não faz a limpeza. Tem muita, muita diferença numa limpeza pra um socorro rápido [tom enfático]. Como as ervas... As ervas numa parte são mais lentas do que os remédios farmacêuticos, entendeu? Porque a maioria dos remédios farmacêuticos eles recolhe. (...) [Já as ervas] vai botar isso aí [gonorréia] pra fora aos poucos. Vai limpando aos poucos”.*

Conforme abordado anteriormente, para a medicina popular a “emergência” de fluidos corpóreos e de feridas é fundamental para a observância de eficácia do tratamento.

Poaia apontou as mudanças de opinião em relação aos tratamentos de saúde ao longo de sua vida. Ela informou que a preferência por utilizar remédios caseiros e os aprendizados sobre a medicina popular foram influenciados pela sua religião, dificuldade de acesso ao SUS e experiências ruins com a biomedicina. No entanto, ela ressaltou aprendizados sobre saúde que adquiriu também no âmbito da biomedicina:

*“[...] quando eu olhei pra ele [um garotinho], já diagnostiquei o que ele tinha, porque? Porque eu já tinha conhecimento lá do SUS. Que... foi problemas que eu já vi, pelos exames, que é o... a escabiose, a escabiose. A escabiose onde eu ver ela eu reconheço. Eu já digo, nem preciso ir no médico”.*

#### **3.2.4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Panacéia, Poaia e Artemísia reclamaram sobre a demora para serem atendidos nos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Artemísia, como foi relatado anteriormente, não utiliza com frequência a biomedicina e dá preferência para outras formas de tratamento. Ao ser questionada sobre o SUS, comentou que não percebe vantagens no mesmo e que o sistema não deveria existir, uma vez que considera o posto como sendo de doença, não de saúde. Acrescentou também que realizar um exame complementar é ainda mais difícil que conseguir a consulta.

Macela, por outro lado, afirmou que não há o que ela menos goste no SUS. Consegue atendimento sempre que precisa ou gostaria, considera o atendimento de saúde da região muito bom. Macela se mostrou contente com a possibilidade de ter acesso aos diversos exames: “[a médica do posto] me fez um check-up! [risos] Coisa que... um check-up é tão caro, né? (...) Aplicou injeção, mediu pressão, tudo isso eles fazem aqui pra nós”. Ela informou que os assentados precisam de um posto de saúde dentro da área.

Alecrim também comentou sobre o bom atendimento dispensado pelo SUS aos assentados e sobre o que mais gosta nesse sistema:

*“[a comunidade tem bom acesso ao SUS]. O posto aqui ele trata bem as pessoas. (...) Tem bom atendimento (...). A comunidade aqui chega lá, é muito bem recebido [pausa]. Então da minha parte eu não tenho o que reclamar deles. (...) Aqui, nesse lugar aqui, o que eu mais gosto é dentista, que eu vou lá arrancar dente. (...) É o que eu mais gosto, só. Chego lá e falo: ‘ó, ranca [arranca] esse dente pra mim aí’. Então eu vou e ele ranca”.*

Mandacaru também relatou bom acesso ao SUS, o que pôde ser percebido pela presença de um centro de saúde na área de seu assentamento. Segundo ela há dentistas e atendimento nas clínicas de pediatria, ginecologia e geral.

Poaia, apesar de morar no mesmo assentamento que Mandacaru, não tem acesso ao centro de saúde rural porque o mesmo pertence a um município e a residência de Poaia situa-se no município vizinho. Tal situação decorre da grande extensão do assentamento, não sendo o único do estado do Rio de Janeiro a ter parte pertencente a um município e parte a outro.

Poaia, assim como Mandacaru, informou que aquilo que mais gosta no SUS são a possibilidade de diagnosticar problemas de saúde e o fato de ter acesso à exames complementares.

Panacéia foi o único entrevistado a necessitar de explicações sobre o que é o SUS, apesar de já ter utilizado serviços médico-hospitalares. Segundo informou, recorre à hospitais somente quando sofre acidentes. Comentou também que a maior parte dos assentados procura mais o SUS e não o uso de plantas medicinais, pois, de acordo com ele, muitos não querem ter o trabalho de utilizar ervas ou não acreditam na eficácia de tais recursos terapêuticos.

É interessante notar que os entrevistados apresentam questões sobre o atendimento em postos de saúde quando indagados sobre o SUS, limitando o Sistema de Saúde à área médico-assistencial.

QUADRO – SÍNTESE 2: Concepção do processo saúde-doença-cuidado

	<b>Convergências</b>	<b>Divergências</b>	<b>Singularidades</b>
<b>etiologia / diagnóstico</b>	“Primeiro [é necessário] uma boa alimentação [para evitar ficar doente]”	“[...] você estando com a aura limpa, (...) seus anticorpos [estão bem ativos]”	“[...] e se o meu organismo não tá acostumado com isso [determinados alimentos e químicas sintéticas] vai haver reação [e eu passarei mal]”
<b>eficácia terapêutica</b>	“[...] a gente também toma com uma fé tão grande e acaba sendo curado”	--	“[...] [deve-se tratar a epilepsia] na lua minguante. Nunca na lua cheia, nem crescente e nem a nova. Só na minguante. É quando o problema está mais fraco.”
<b>recursos terapêuticos</b>	“[...] o remédio [de farmácia] (...) ele [químico] mistura tanta química (...) que ao invés de pegar e curar uma doença pode curar aquela e arrumar outra”	“[os assentados me] procuram para isso [indicação de remédio de farmácia], mas eu não indico”	“[...] no tempo do... faraó, né, aquele povo lá, já usava as planta. Antes de Cristo. E... Porque que nós hoje não podemos usar, né? Eu acho que... Eu creio que realmente as plantas foram feitas pra gente
<b>sistemas terapêuticos</b>	“Quando [a pessoa que me procura] tá muito debilitado eu peço a pessoa primeiro (...) pra procurar um posto de saúde mais próximo”	“[...] outra pessoa me procurou (...) com AIDS já em alto grau (...) Deixei as pessoas curadas”	“[...] as mulher elas querem mais... não vou dizer todas, elas querem mais ir no médico, ir lá tomar o remédio do médico que tomar o remédio do mato (...). É parte da ignorância”.
<b>sistemas terapêuticos (SUS)</b>	“[o que eu mais gosto no SUS é diagnosticar. Diagnosticar o que eu	“[a comunidade tem bom acesso ao SUS]. O posto aqui ele trata bem as pessoas. (...) Tem bom	“É difícil, né, [dizer o que mais gosto no SUS]. (...) o posto é de doença, não é de

	tenho pra aí eu tratar.”	atendimento. (...) A comunidade aqui chega lá, é muito bem recebido.”	saúde!”
--	--------------------------	---	---------

## CAPÍTULO 4.

### UM SISTEMA MÉDICO NÃO FORMAL, EM DISPUTA PERMANENTE, NUMA SITUAÇÃO-LIMITE

#### CHICO PRETO

*Eu mi chamo Chico Preto, Jacá, cajá, acerola,  
Sou mais um agricultô Laranja, goiaba, umbu,  
Que esbandaia o esqueleto Jatobá, piqui, ingá,  
Prumódi sê vivedô Pitomba, pinha, juá  
Nunca criei quiprocó, Siriguela e caju.  
Minha vida é uma só  
Entrano e saíno ano, Macaíba, carnaúba,  
Mi levanto às quatro hora Todo tipo de palmeira,  
E o sol, quano beija aurora, Pau-d'arco, angico, ucuúba,  
Já mi encronta trabaiano. Jucá, pau-ferro, aroeira,  
Mororó, barbatimão,  
Eu num sei praquê tem tanta Sabiá, cedro, pinhão,  
Gente sofreno de fômi, Jacarandá, faveleiro,  
Se, na terra, o que se pranta Gameleira, caviúna,  
Foi Deus quem criou prus hômi. Jurema, baru, braúna,  
Em quaiqué paimo de chão Oiticica e pau-pereiro.  
Faço as minha prantação, Pranto mais, na minha chã,  
E cuido das pranta minha, Pra roça ficar mais bela,  
Tenho hortelã, pimenteira, Feijão-de-boi, mucunã,  
Manjerição e roseira, Maliça, aveloz, macela,  
No terreiro da cozinha. Jetirana, gergelim,  
A fava, o milho, o jiló, Alguns tipo de capim,  
A melancia, o melão, Guandu, alecrim, mastruz,  
O jerimum de gogó, Tabaco, agave, mamona,  
A macaxeira, o feijão Urucum e beladona  
O maracujá, a cana, Com as bença de Jesus.  
A cebolinha, a banana,  
As batata, doce e inglesa, Se todo mundo pensasse  
O pimentão e o arroz, Em prantá frutos e flores,  
Nas minha roça, quem pois Talvez nóis tudo deixasse  
foi eu e a Natureza. De padicê tantas dores.  
Os fruto, pra dá sustança,  
E as flores, pra esperança  
Mas, não deixei de prantá Ficá sempre renovada,  
Palma, coentro, abacaxi, Pra vida sê mais sadia  
Manga, mangaba, araçá, E a palavra fome, um dia  
Cajarana, murici, Num sê mais pronunciada.  
Jenipapo, graviola,*

**João Santana – repentista e cordelista**

#### 4.1 A MEDICINA POPULAR ESTUDADA

Por não ser institucionalizada, a Medicina Popular apresenta acentuada heterogeneidade e assume o caráter de um sistema médico explicitado nas práticas dos Agentes de Cura. Tais atores sociais adquirem um papel quase absoluto, decidindo o que é “correto” e o que não é no âmbito do processo saúde-doença-cuidado. Nesse contexto, verifica-se a polissemia dos vocábulos próprios à Medicina Popular que faz uso de plantas medicinais – melhor apresentados adiante. Como um dos exemplos, cita-se a palavra “limpeza”, visto que ela pode se referir tanto à retirada de secreções do corpo e de energias ruins, como ao asseio e a uma fase do ciclo vital da terra.

Muito embora seja polissêmica e heterogênea, elementos comuns observados nas práticas da Medicina Popular baseada em plantas medicinais permitem caracterizá-la como um sistema médico não formal, em disputa permanente, numa situação-limite. Ressaltam-se também seus demandantes, que lhe conferem legitimidade e se apropriam dos saberes e práticas ao perfazerem diversos itinerários terapêuticos.

É importante enfatizar que os estudos sobre Medicina Popular são fundamentais para dar-lhe visibilidade acadêmica e no âmbito da saúde coletiva, visto que seu caráter é não formal. Com isso, as entrevistas e a observação participante são importantes para compreender práticas, reflexões, elementos constituintes e o contexto em que a Medicina Popular ganha vida.

Rocha<sup>72</sup> afirma que a Medicina Popular apresenta três características singulares que lhe conferem identidade: sua origem, seu objetivo, marcado pelo caráter de resistência, e seu método intuitivo para construção do conhecimento. Embora o autor reconheça que não há uma “Medicina Popular pura”, uma vez que suas práticas são permeadas por procedimentos e recursos da medicina alopática, ele salienta elementos comuns que permitem caracterizá-la como uma unidade. São eles: a relação com a natureza, as categorias de morbosidade e a fé.

As entrevistas com os Agentes de Cura das áreas do MST no estado do Rio de Janeiro permitem levantar questões que relativizam o caráter de resistência da Medicina Popular à dependência em relação a um Agente de Cura – seja ele do sistema popular ou biomédico. A

principal razão para isso se deve à inclusão na Medicina Popular de sujeitos que não se restringem às indicações de tratamentos na esfera das relações de amizade e familiar. Dessa forma, dois entrevistados afirmaram já ter comercializado ervas medicinais como forma de complemento da renda mensal, e voltariam a desempenhar tal atividade caso o acesso ao meio urbano fosse mais fácil – para Alecrim – ou não houvesse problemas legais quanto a tal prática – para Mandacaru. A venda de remédios caseiros, mesmo que permeada por uma relação de confiança, disponibilidade e de ajuda mútua entre Agente e usuário, exige um certo grau de dependência do segundo em relação ao primeiro porque a atividade praticada visa ao sustento do Agente de Cura. Obviamente tal prática se distancia acentuadamente do comércio atualmente observado em drogarias e farmácias.

Outra questão relacionada à dependência percebida durante o trabalho de campo refere-se ao medo que os Agentes de Cura têm de ensinar para quem lhe procura como determinados remédios são preparados, porque, conforme Alecrim aponta, “[...] muitas vezes [se] eu só dou a receita, a pessoa não vai saber a quantidade certa, vai fazer demais e vai se complicar. Aí vai querer me culpar, né? E eu não tô aqui pra ser culpado disso não, né?”. Tal precaução não é válida para todos os remédios feitos à partir de ervas, mas somente para aqueles considerados “fortes”.

Apesar de chamar atenção para a relativização do caráter de resistência da Medicina Popular, notam-se formas de resistência à dominação da Biomedicina e ao autoritarismo médico, uma vez que são percebidas concepções singulares acerca do processo saúde-doença-cuidado que indicam a persistência e permanência de práticas que nascem e se difundem no meio popular. Deve-se considerar também que grande parte das enfermidades é tratada por meio de plantas medicinais relativamente comuns e de fácil troca de conhecimentos, possibilitando maior independência em relação ao Agente de Cura, quando comparado a outros sistemas terapêuticos.

No presente trabalho, o conhecimento dos entrevistados sobre plantas medicinais pode ser classificado em três grupos conforme sua base: (1) vivência diária com ervas medicinais e aprendizado à partir de práticas dos antepassados. Nesse grupo, os entrevistados ressaltam o conhecimento sobre plantas medicinais de matas como o mais verdadeiro, sendo aquele que corresponde à um vasto conhecimento sobre ervas. Isso se deve à singularidade desse conhecimento, visto que é difícil identificar e conhecer plantas nativas dentro da mata,

necessitando, para isso, muitos anos de contato próximo com tal meio. Nesse grupo estão incluídos Alecrim e Panacéia. (2) aprendizado em cursos de capacitação e com amigos e vizinhos, apesar da vivência diária com as plantas também ser marcante. Estão incluídas Poaia e Artemísia. (3) articulação entre aprendizados em cursos de capacitação, com amigos e vizinhos e à partir de práticas dos antepassados. Nesse sentido, observa-se que tal grupo situa-se num ponto intermediário e que, em determinados aspectos, se aproxima mais do primeiro ou do segundo grupo. É composto por Macela e Mandacaru.

Entretanto, vale ressaltar que tal classificação não é estanque, podendo, em certos casos, apresentar aproximações entre entrevistados de grupos diferentes e divergências entre entrevistados do mesmo grupo.

A organização das entrevistas em torno desses três grupos é importante para contextualizar as principais fontes de conhecimento e práticas dos sujeitos entrevistados e então compreender a atuação dos mesmos no âmbito da Medicina Popular.

Apesar de divergências entre os entrevistados em relação à determinados aspectos do uso de plantas medicinais e da concepção do processo saúde-doença-cuidado, conforme salientado no capítulo anterior, alguns elementos comuns permitem apontar a Medicina Popular praticada como um sistema, nos termos da reflexão desenvolvida por Rocha.

É importante salientar que a compreensão de Medicina Popular como sistema advém dos resultados da fase de trabalho de campo, uma vez que foram observados elementos estruturantes quanto à etiologia, diagnóstico e terapêutica, o que conforma uma maneira particular de refletir e atuar sobre o processo saúde-doença-cuidado. Sob esse ponto de vista, a noção de “sistema” se aproxima daquela de “setor” desenvolvida por Helman<sup>53</sup>. Para esse autor, sistema seria constituído pela interação de três diferentes setores – profissional, tradicional e popular; cada setor veicula crenças e normas de condutas específicas, legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Cabe ressaltar também a idéia de “sistema” apresentada por Luz<sup>73</sup>, o qual não pode ser analisado como um sistema clássico, ao estilo estrutural-funcional, uma vez que ele não se mantém. Apesar de a autora<sup>73</sup> referir-se às racionalidades médicas por ela estudadas, é possível transpor a caracterização de “sistema” para a Medicina Popular tendo em vista sua conformação na sociedade atual. Nas palavras da autora,

“[...] os sistemas médicos são, na verdade, quase-sistemas que se reestruturam constantemente no contato histórico-cultural, interagindo sem cessar com práticas e sistemas médicos diversos que se constroem, estruturam, solidificam, ou se desestruturam nas sociedades complexas atuais com um ritmo muito rápido”<sup>73</sup> (p. 07)

Conforme o Anexo III (Glossário de termos da Medicina Popular baseada no uso de plantas medicinais), as indicações, precauções e experimentações, ou seja, o conhecimento e uso de plantas medicinais, reflete as concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado. Por meio do método de Representações Sociais nota-se que o conhecimento sobre plantas medicinais confere materialidade às concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado da Medicina Popular. O processo de *objetivação* permite colocar em prática, no âmbito da cultura, conceitos abstratos.

Com efeito, a noção de “força”, no sentido de potência das ervas, é materializada na restrição de uso de plantas medicinais consideradas fortes em determinadas circunstâncias pois elas podem agravar problemas de saúde, causando mais malefícios do que benefícios. Da mesma forma, como será discutido adiante, a idéia de “limpeza” enquanto retirada de secreções do corpo é fundamental para a Medicina Popular. Ela pode ser verificada na ampla utilização pelos Agentes de Cura de ervas medicinais com capacidade “depurativa” do sangue e de “expulsão de morbosidades”.

Por outro lado, verifica-se que o conhecimento e uso de plantas medicinais também influencia a concepção do processo saúde-doença-cuidado uma vez que os efeitos observados nas práticas cotidianas orientam as idéias acerca de etiologia, diagnóstico, eficácia, recursos e sistemas terapêuticos. A obtenção de cura quando são expelidas secreções do corpo – pus, sangue, furúnculos, inflamação –, por exemplo, fortalece a noção de que a “limpeza” do corpo é elemento fundamental da etiologia e da eficácia terapêutica.

A *ancoragem*, compreendida como um processo de classificação e denominação dos objetos e de suas representações, apresenta características peculiares na Medicina Popular praticada nas áreas do MST.

Cabe ressaltar a interpretação de Panacéia sobre a indicação médica acerca dos alimentos a serem usados durante o tratamento de um paciente. Para o entrevistado, a orientação significou retirar os alimentos reimosos da dieta do paciente. Tal situação indica

um processo de ancoragem num sistema classificatório de alimentos diferente daquele utilizado pela Biomedicina. Observa-se a transformação do não familiar em familiar e integração cognitiva de uma orientação a um sistema de pensamento social preexistente.

A partir das ancoragens observadas durante a pesquisa, observa-se que a Medicina Popular estudada está ancorada menos na medicina atual do que em práticas médicas antigas e até milenares. Observou-se identificação especialmente com a medicina galênica.

Numa perspectiva histórica sobre as concepções predominantes acerca do processo saúde-doença-cuidado, a passagem do foco de interesse em torno das forças sobrenaturais para o portador da doença fez com que esta passasse a ser vista como um fenômeno natural, passível de compreensão pelo ser humano <sup>55</sup>.

Com Hipócrates (460-377 a.C.), a teoria associativa entre os quatro elementos básicos do universo – fogo, terra, ar e água –, a estação do ano e os humores – bile amarela, bile negra, sangue e fleuma obteve seu auge <sup>55</sup>. Nessa teoria a saúde é vista como um equilíbrio entre humores e a doença, conseqüentemente, como o desequilíbrio entre eles; a partir dela avançou-se nas estratégias de recuperação da saúde e especialmente nas de prevenção de doenças. Houve uma valorização da influência do ambiente de trabalho, habitação e dieta no bom estado de saúde <sup>55</sup>.

A noção de equilíbrio foi desenvolvida de forma mais elaborada por Alcmenon, a qual implicava a interação de duas ou mais forças – ou fatores – na etiologia das doenças <sup>55</sup>. Para o filósofo, não há um estado duradouro de harmonia nem um conflito permanente. Não é mais uma mera oposição de duas forças que atuam sobre o sujeito, mas sim um conjunto delas. A escola de Alcmenon sugeria, como já o fazia Pitágoras, “a existência de uma vida saudável através da meditação, adequação da dieta, moderação em tudo. Surge a concepção de que, tanto quanto o corpo social, o corpo humano requer um delicado conjunto de controles para mantê-lo dentro dos limites apropriados” <sup>55</sup> (p. 11).

Os entrevistados sinalizaram a importância da prevenção de doenças por meio da alimentação, boas condições de limpeza da moradia e manutenção de bons relacionamentos com familiares, amigos e vizinhos, o vai ao encontro do conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo SUS.

O equilíbrio também foi ressaltado pelos Agentes de Cura como essencial para a recuperação da saúde. Para eles, as plantas medicinais favorecem o equilíbrio do corpo, enquanto os “remédios de farmácia” o prejudicam, uma vez que originam novos problemas.

Alecrim tem uma visão singular de equilíbrio, uma vez que ele sugere a união de corpo, “aura” e espírito.

As teorias e indicações de Galeno (122-199 d.C.), baseadas nas idéias hipocráticas, possibilitaram avanços significativos nas concepções diagnóstico-terapêuticas durante 14 séculos, e por isso ele passou a ser considerado um dos médicos que exerceu maior influência na medicina ocidental <sup>55</sup>. Grande importância era dada à natureza e considerava-se que os fitoterápicos eram os medicamentos mais adequados em relação à segurança e eficácia para tratamento das doenças. Esta concepção holística de base hipocrática encontra-se difusa na cultura popular, especialmente entre populações do campo e da floresta.

Como será visto adiante, a relação com a natureza é fundamental para a Medicina Popular. Os recursos terapêuticos tidos como “naturais” são considerados pelos entrevistados como mais seguros e tão ou mais eficazes que os recursos sintéticos.

A concepção dos Agentes de Cura sobre o processo saúde-doença-cuidado baseia-se numa tríade de elementos: meio ambiente, aspectos objetivos e subjetivos. Esse caráter abrangente, que remete para uma concepção holística, não é observado no âmbito da Biomedicina.

Paracelso (1493-1541) representou a transição do modelo do pensamento Galênico para o modelo biomédico, formando um pensamento sincrético que reunia “a alquimia, medicina popular, astrologia, a tradição renascentista e sua peculiar visão cristã do mundo” <sup>55</sup> (p. 71). Propôs a doença como entidade independente e a necessidade de tratamentos com remédios específicos, muitas vezes de origem química. Baseando-se nas teorias matemáticas Newtonianas foi desenvolvida a medicina mecanicista, que possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana e atuação satisfatória sobre as doenças mais corriqueiras. Segundo Barros <sup>55</sup>,

“[...] não podem ser negados – tanto quanto seria descabido fazê-lo nos dias de hoje - os notáveis avanços ocorridos no campo das ciências biológicas, a partir do século XVII, à medida que também evoluíam a física e a química. O que, cabe, sim,

continuar questionando são os descaminhos ou as estratégias e interesses que, em especial a partir da revolução industrial capitalista passaram a prevalecer” (p. 73).

Nesse contexto foi desenvolvida a teoria microbiana, que acabou por obscurecer a multicausalidade das doenças e a influência dos fatores sócio-econômicos<sup>55</sup>.

Conforme será abordado adiante, as práticas dos Agentes de Cura integram elementos de diferentes sistemas médicos. Prevaecem aqueles oriundos especialmente da medicina galênica, porém, são incorporadas orientações e recursos terapêuticos e diagnósticos da Biomedicina, Homeopatia e Medicina Chinesa.

#### **4.1.1 PALAVRAS-GERADORAS: MEDIAÇÃO ENTRE CATEGORIAS**

A opção metodológica pela Educação Popular como estratégia de análise dos dados favorece a reflexão sobre a articulação entre as duas grandes categorias do estudo utilizando-se os vocábulos próprios da Medicina Popular baseada em ervas. Tais “palavras-geradoras”<sup>43</sup> fazem importantes mediações entre as duas categorias, permitindo compreender a Medicina Popular à partir das ações e reflexões desenvolvidas pelos seus praticantes. Nesta relação entre as categorias é elaborado e legitimado um “corpo” de conhecimentos, bem como a atuação sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Nesse sentido, selecionou-se os vocábulos mais abrangentes, importantes e explicativos da referida mediação. Assim, observa-se:

QUADRO 4: Vocábulo mediadores das categorias

<b>Conhecimento e uso de plantas medicinais</b>	<b>VOCÁBULOS MEDIADORES</b>	<b>Concepção do processo saúde-doença-cuidado</b>
<b>Indicações, precauções e experimentação</b>	Agrotóxico Alimentação Amor Cuidado Cura Doença Imunidade Fé Forte / Fraco Limpeza Lua Médico (a) Natureza Nervoso Peso / Pesado (a) Poder Prevenção Quantidade Quente / Frio Química Sangue Saúde Toxicidade Prevenção Remédio	<b>Etiologia, diagnóstico e terapêutica</b>

Nesse encontro entre os métodos de Representações Sociais e Educação Popular, emergem os elementos componentes da Medicina Popular explicitados a seguir.

**A) A OBSERVAÇÃO E A EXPERIMENTAÇÃO PRÓPRIA: A CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO POPULAR**

Rodrigues et al <sup>74</sup> destacam o caráter social da construção do conhecimento popular, entendido como saber. A aprendizagem ocorre organizadamente e esforços pessoais são poupados em virtude da “descoberta e difusão das técnicas de transmissão direta, oral ou escrita, do conhecimento entre os indivíduos ou entre as gerações, o que revela um caráter coletivo, social do conhecimento” <sup>74</sup> (p. 07).

De acordo com os autores, o conhecimento sobre a natureza e sobre plantas medicinais foi marcado, desde tempos pré-históricos, pela observação e intuição dos seres humanos, em virtude da relação íntima que os mesmos tinham com a natureza. Destacam-se a observação de animais, experimentações baseadas em tentativa e erro, aprendizado intergeracional, experiência pessoal com sonhos ou estados de consciência alterada, ensinamentos contidos em contos e lendas e analogia, em que são observadas as semelhanças dos gostos, formas e cheiros das plantas com os problemas de saúde a serem tratados <sup>74</sup>. Na pesquisa de campo observou-se a construção do conhecimento e ampliação do mesmo nas áreas por meio das três primeiras formas destacadas por Rodrigues et al <sup>74</sup>.

Para Rocha <sup>72</sup>, o caráter eminentemente empírico da Medicina Popular a aproxima mais da arte do que da ciência. A construção de seu conhecimento ocorre a partir das vivências e experimentações; não é sistematicamente transmitido – ou melhor dizendo, é ampliado – e não se preocupa com os mecanismos de ação subjacentes à cada instrumento utilizado como recurso terapêutico <sup>72</sup>. Nas palavras do autor, a mãe de família “sabe, porque observou, aprendeu, intuiu que aquele recurso funciona. Do mesmo modo, ao referir-se à ‘febre interna’ ou a qualquer outro fenômeno ligado ao funcionamento orgânico, também não mensura nem prova. Apenas intui.” <sup>72</sup> (p. 46).

Exemplos elucidativos do acima exposto são as experiências narradas por Panacéia em dois trechos de sua entrevista:

*“[...] eu pego, faço às vezes um remédio em mim, aí eu pego, penso... peraí... isso aqui é bom; se eu botar nesse remédio... E eu boto e aprovo aí eu começo a dar pros outros. Quer dizer, aí no caso se morrer, o primeiro a morrer vai ser eu [tom de leve risada]”; “Eu esqueci de pedir você pra ler [num livro ilustrado sobre plantas*

*medicinais que eu havia levado para o trabalho de campo] qual a finalidade da Cerralha. A não ser a que eu conheço. Eu conheço é... foi o chute que eu dei, né? Não é veneno, então vou tomar”.*

É interessante ressaltar que apesar da experimentação ser algo comum entre os entrevistados, alguns usos e precauções variam entre os mesmos, denotando a diversidade do conhecimento. Rodrigues et al <sup>74</sup>, comentam que o conhecimento popular, ou do cotidiano, não exige normas de sistematização e é auto-corrigido por meio da experiência diária e difusa. Dessa forma, fazendo um paralelo com o presente trabalho, observa-se que Poaia usa mais Capim-Limão que Erva-Cidreira porque acha que esta última aumenta o apetite. Macela prefere a Erva-Cidreira porque considera que o outro “engrossa o sangue”. Entretanto, ambas as entrevistadas relatam que essas duas ervas auxiliam no tratamento da ansiedade e tensão.

Rocha <sup>72</sup> salienta que a medicina Popular origina-se nas famílias, mais do que os domínios específicos e restritos dos curandeiros e raizeiros. Sendo assim, seus agentes principais são a mãe de família, o homem do povo, a avó e a parteira. Tal caracterização situa a Medicina Popular brasileira no âmbito do Setor Informal de assistência à saúde explicitado por Helman <sup>53</sup> à partir da reflexão sobre o pluralismo médico existente nas sociedades complexas.

O Setor Informal é o domínio não-profissional e não-especializado da assistência à saúde e geralmente nele são iniciadas as atividades de cuidado <sup>53</sup>. São incluídas nesse setor “todas as opções terapêuticas a que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consulta a provedores tradicionais ou praticantes da medicina” <sup>53</sup> (p. 72). Normalmente a assistência à saúde ocorre entre pessoas ligadas entre si por laços de família, vizinhança, amizade, pertencimento a organizações religiosas e profissionais. Dessa forma, o paciente e o curandeiro compartilham pressupostos semelhantes sobre saúde e doença <sup>53</sup>. O autor lembra que nesses encontros terapêuticos não há regras fixas regendo o comportamento dos participantes ou o cenário, e que o paciente de hoje pode vir a se tornar a pessoa que cura amanhã. Entretanto, determinados indivíduos são procurados mais frequentemente do que outros. Entre os que tendem a agir como fonte de aconselhamento médico estão aqueles que possuem longa experiência sobre determinada doença, evento da vida ou tratamento.

Amorozo <sup>14</sup> destaca que em sociedades rurais ou indígenas, enquanto possuidoras de conhecimento tradicional, o conhecimento é transmitido em situações, ou seja, crianças e jovens acompanham seus parentes na execução de tarefas cotidianas em ambientes físicos diversificados. É necessário contato intenso e prolongado entre os membros mais velhos e os mais novos.

Apesar dos assentados das áreas visitadas terem conhecimentos populares sobre plantas medicinais, alguns possuem saberes tradicionais devido às suas origens. Esse é o caso de Alecrim, quem ressaltou a preferência por ervas nativas de matas e a singularidade desse conhecimento, o qual requer contato intenso e prolongado com tal meio e com quem detém esse saber. Para Alecrim e Panacéia, o conhecimento de plantas de mata é sinônimo de sabedoria tradicional, possuidora de singularidades e vantagens em relação à popular.

Em sociedades tradicionais a distribuição do conhecimento não é igual, havendo especialistas, que escolhidos por alguma razão – nascimento, dom, “chamado” divino – detém conhecimentos restritos acionados em ocasiões especiais. Outra parte do conhecimento existente é acessível a todos os membros da comunidade e pode ser definido como “o necessário para que ela mantenha suas características particulares ao longo do tempo, explorando um determinado ambiente físico” <sup>14</sup> (p. 56).

Exceto Alecrim e Panacéia, que afirmaram possuir sabedorias únicas, os outros entrevistados não relataram a distinção entre conhecimentos mencionada acima. Dessa forma, observou-se que a configuração de um Agente de Cura não se dá apenas pela sabedoria que o mesmo tem acerca de plantas medicinais. Tais sujeitos, formados e legitimados pela prática, e não pelo estudo em instituições acadêmicas, são também pessoas de referência para a resolução de conflitos que surgem e suas opiniões sobre diversos assuntos são valiosas. Além disso, geralmente têm uma história relativamente antiga no movimento, desempenham – ou desempenharam – funções de dirigentes nas áreas, têm filhos e já vivenciaram situações delicadas de saúde. Assim como afirma Helman <sup>53</sup>, as pessoas consideradas como fontes de aconselhamento ou de assistência em saúde no Setor Informal, têm suas credenciais derivadas principalmente de suas experiências pessoais do que da educação, *status* social ou poderes ocultos especiais.

Apesar de nas áreas estudadas parte do conhecimento sobre ervas não ser restrito, alguns Agentes de Cura relataram dificuldades na ampliação e circulação do mesmo nas comunidades. Citou-se a preferência de alguns assentados por recursos biomédicos para tratamento de doenças, a falta de interesse dos jovens em aprender com os mais velhos sobre o uso de plantas medicinais e a organização do assentamento formado, uma vez que as famílias se distanciam devido á separação dos lotes.

Autores <sup>4, 5, 6, 75</sup> que estudaram o uso de plantas medicinais em diferentes localidades da região sudeste brasileira, entre elas rurais e urbanas, relatam que poucos conhecedores de ervas repassam adiante seus conhecimentos. É ressaltada a dificuldade de transmissão intergeracional do conhecimento, sendo citada a falta de tempo ocasionada ora pelo trabalho dos filhos para ajudar na renda familiar (na maioria dos casos), ora ocasionada pelo estudo dos mesmos; falta de interesse por parte dos filhos, principalmente após terem entrado na idade escolar; e, em alguns casos porque os filhos constituíram famílias ainda jovens, distanciando-se dos pais, dificultando, assim, o processo ensino – aprendizagem <sup>7</sup>.

Conforme abordado anteriormente, o processo de transformação do acampamento em assentamento e a divisão dos lotes familiares foram apontados como elementos problemáticos para a ampliação do conhecimento na área e procura dos Agentes de Cura para indicação de tratamentos. Tal achado é convergente com o destaque feito por Carneiro <sup>34</sup> em relação às diferenças entre acampamentos e assentamentos:

“[...] no acampamento existe maior vulnerabilidade em razão da falta de saneamento, barracos próximos, fumaça e carência de alimentos, propiciando o surgimento de doenças. Há também a tensão e o cansaço mental devido à ameaça de despejo. Mas, ao mesmo tempo, há maior noção de coletivo e solidariedade. A organização do acampamento ajuda no enfrentamento dos problemas. No assentamento, o saneamento pode ser melhor que no acampamento, auxiliado pelo espaço entre as moradias e o crédito habitação, assim como a produção de alimentos com os créditos para produção. Entretanto, mudam-se as relações interpessoais, consideram que no acampamento a vida é mais solidária. Avaliam que ‘quem pega o crédito fica doente com as dívidas’ e as preocupações com o lote” (p. 47)

Como afirmou Artemísia,

*“quando nós estávamos no acampamento [pausa], mesmo com toda divergência, a gente era mesmo que uma família, né. (...) A gente tinha... esse lado bom... da [pausa] compaixão, né. Se alguém tava com um problema, principalmente... eu, eu, eu me doava mesmo,*

*entende? Se a pessoa tava com um problema [pausa breve], é... eu chegava e oferecia o meu conhecimento". (Artemísia)*

Além das questões apontadas acima, observou-se que os Agentes de Cura também restringem o acesso dos assentados a determinados conhecimentos uma vez que dependendo do remédio a ser preparado eles preferem fazê-lo e entregar para quem lhe procura do que ensinar a prepará-lo. Conforme será discutido adiante, essa questão também relaciona-se à percepção da fabricação de remédios caseiros como prática ilícita no campo da saúde.

## **B) PLANTAS MEDICINAIS: O PRINCIPAL RECURSO TERAPÊUTICO DA MEDICINA POPULAR ESTUDADA**

Rocha <sup>72</sup> chama atenção para a importância de não se confundir a Medicina Popular com o uso de plantas medicinais, que é apenas um de seus recursos terapêuticos utilizados.

Durante o trabalho de campo, apesar dos nossos olhares estarem mais voltados para as plantas medicinais em relação aos demais recursos da Medicina Popular, notou-se claramente que as ervas ocupam lugar de destaque nas práticas de cura. Outros recursos utilizados com menos frequência são: derivados de animais (Panacéia), Homeopatia e sangria (Artemísia), ações contra mau-olhado (Alecrim e Mandacaru), massagens e argilas (Poaia) e bioenergética (Mandacaru).

Todos esses instrumentos terapêuticos têm relação estreita com a natureza, seja essa como fonte dos mesmos ou numa perspectiva de equilíbrio e troca de energias entre os meios interno e externo do corpo humano.

Branquinho <sup>76</sup> observa que “o conhecimento das regras e critérios especiais para plantio, colheita, preparo e utilização das ervas, identificadas para cada tipo de problema de saúde, implica a existência de um modo específico de pensar não apenas a saúde, mas de viver e de estabelecer relação com a natureza, a magia, Deus e a sociedade” (p. 48)

Para os sujeitos entrevistados, a terra é tida como um referencial de vida. Além de favorecer a produção dos próprios remédios, é a possibilidade de garantia do sustento familiar, moradia, trabalho que não esteja submetido à relação patrão-empregado, criação dos filhos longe do tráfico de drogas, entre outras seguranças necessárias para se viver com um mínimo de tranqüilidade. Nesse contexto, a terra é tratada com respeito e passa a desempenhar papel fundamental na vida dos entrevistados. Artemísia e Macela explicitaram essa relação com a terra de forma emocionante:

*“O meu sonho era ficar lá [na roça onde nasceu] [tom enfático], porque lá, é... né, que era a minha área, né, a [minha] praia, eu gosto é daquilo lá. Eu me identifico, eu nunca me acostumei; esses anos que passei aqui na cidade [se referindo à cidade mais próxima], eu não me acostumei não, só passei aqui, só fiquei aqui pra trabalhar, e trabalhando muito mesmo, eu trabalhava de segunda a segunda [pausa breve]. Eu queria trabalhar, eu queria ter a minha casa, eu queria ter meu dinheiro pra comprar meu pedaço de terra, então quando eu ouvi falar que tava doando [risos], eu falei: ‘poxa, tá difícil de conseguir comprar, doar então, maravilha.... [risadas]. Vou lá’. E aí chegando lá não era nada daquilo que eu ouvi falar. Eu tinha que lutar [tom de seriedade]. Aí eu falei: ‘tudo bem. Melhor lutar que fazer faxina [risos]. Ficar aqui acampada é bem melhor que fazer faxina, [risos]’. Mas não é nada, menina... [tom de seriedade] oh! Ai, é muito difícil. Fazer luta pra conquistar um pedaço de terra é muito difícil; é só mesmo pra quem tem muita vontade de ter um pedaço de terra [tom enfático]. Porque [pausa] quem... quem... tem muitos no caminho que desistiram. Quem não tem essa disposição pra ficar acampado, debaixo duma lona, é sol, chuva, calor, frio...” (Artemísia)*

*“Na cidade [tom enfático], o cidadão da cidade, de família, mete a mão no bolso [breve pausa], não acha, né? Não acha um dinheiro, vai pra favela, vai pra ali, vai pra acolá, né, vai fazer coisa errada. Isso apavora. Porque não tem daonde tirar mesmo [tom enfático]. Que na cidade grande é tudo comprado. Agora, na roça*

*não, na roça a pessoa da roça você mete a mão no bolso de manhã não tem um centavo na carteira. Nem isso a gente tem. Olha pra um lado, olha pro outro, numa alegria danada porque de não ter o dinheiro mas ter um aipim, uma batata doce, uma banana, mamão, tudo que você quiser, pro seus filhos [tom entusiasmado]. Você não tem daonde passar aperto. Galinha você come uma carne, um ovo, tem tudo, entendeu? O porco você tira uma gordura, aonde Deus está? É na roça. É no campo, aonde é lugar de família viver decentemente é na roça. Entendeu, não falta nada. Cria uma cabra igual eu crio aí, ó. Tem o leite. (...) E forte, leite puro, bão, natural, né, minha filha? Quer dizer, eu tô aqui preocupada com o quê? (...) Graças a Deus eu dou Glória a Deus, um dia desses eu fui lá no Rio, levei pra minha filha (...) dez litros de leite pra eles [filha e nove netos]. Ela ficou doida!: ‘ô mãe, onde a senhora tirou esse leite todo, mãe?’ Eu falei: ‘da vaca lá’ [risos]. [Filha responde]: ‘nosso Deus, muito obrigado, que o menino tava sem leite!’. O esposo dela largou ela com os nove filhos! (...) Tá lá. Separou dela. Tá lá lutando pra dar pensão, pra isso, pra aquilo. Falei: ‘aí ó, enquanto você tá lutando lá pra dar pensão, vai lá no quintal da sua mãe que você vai ver a horta que tem. Daonde sua mãe tira leite, você vai ver daonde sua mãe tira o que comer’. Graças a Deus.” (Macela)*

Rocha <sup>72</sup> afirma que a relação de respeito e, de certo modo submissão, com a natureza está presente quase que invariavelmente nas práticas médicas populares, sobretudo no meio rural. A relação tende a ser harmônica, de auxílio. É importante que os rituais curativos se façam em sintonia com os fenômenos naturais, como as fases lunares, estações do ano e diferentes horas do dia.

Nos estudos etnobotânicos, observa-se que a relação entre o ser humano e as plantas é determinada pelo ambiente e pela cultura <sup>74</sup>. No que diz respeito ao primeiro são ressaltados os aspectos físicos, bióticos e suas interrelações. A cultura, por sua vez, singulariza a atuação no ambiente.

O tempo durante o qual determinado grupo ocupa um território é fundamental para construir o conhecimento sobre plantas medicinais <sup>14</sup>. Além disso, “comunidades que ocupam ambientes diversificados, e com grande número de espécies, têm oportunidade de explorar uma gama maior de recursos e, portanto, podem vir a desenvolver uma farmacopéia muito rica.” <sup>14</sup> (p. 58).

De acordo com o Manual do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento <sup>77</sup> contendo orientações gerais para o cultivo de plantas medicinais, os fatores ambientais que interferem na presença de princípios ativos nas ervas – e, conseqüentemente na possibilidade de efeito terapêutico das mesmas – são a altitude, latitude, temperatura, luz e umidade. Embora as produções científicas não relatem a influência da lua sobre a qualidade de ervas medicinais, a Medicina Popular aponta a necessidade de se evitar colher e / ou utilizar plantas durante a lua nova, conforme comentado no capítulo anterior. Nesse sentido, é interessante notar que Poaia, cujo aprendizado baseou-se em cursos e livros, afirmou não observar a fase da lua para colheita ou coleta de plantas medicinais, diferente dos demais entrevistados.

Em relação ao horário de colheita das ervas, o Manual referido acima e a Cartilha sobre plantas medicinais produzida pelo Setor Estadual de Saúde do MST de Minas Gerais <sup>78</sup> orientam que raízes e plantas medicinais “cheirosas” devam ser colhidas pela manhã, assim como afirmaram os entrevistados da pesquisa. Também é observada convergência entre os materiais escritos e o relato de Alecrim acerca da colheita após evaporação do orvalho, embora o entrevistado tenha se referido às plantas coletadas em mata e não às cultivadas. Os entrevistados, entretanto, não se referem às variações de princípio ativo – ou eficácia observada – de acordo com a época do ano ou do dia. Apenas Panacéia comentou sobre o “desaparecimento” de determinadas espécies em certos períodos anuais.

Obviamente, a correta identificação da espécie medicinal é essencial para a indicação de um tratamento. Somado a isso, é importante observar a quantidade e a forma como a planta deve ser utilizada. Tanto os entrevistados quanto os textos sobre cultivo e uso de plantas medicinais ressaltaram tais aspectos.

### **C) CATEGORIAS DE MORBOSIDADE: CONCEPÇÕES ACERCA DE ETIOLOGIA, EFICÁCIA E RECURSOS TERAPÊUTICOS**

Esse elemento da Medicina Popular tem importância fundamental porque se refere à percepção da doença pelo povo <sup>72</sup>.

Morbosidade corresponde “à presença de alguma coisa dentro do organismo vivo que lhe confere o caráter de doente” <sup>72</sup> (p. 49). Sendo assim, doença pode ser a exacerbação de determinadas funções orgânicas, sangue sujo e “reima”, por exemplo. O sintoma, nesse contexto, tem a finalidade de informar que o corpo está tentando *eliminar* morbosidades e que a vida pode estar ameaçada <sup>72</sup>.

Considerando o modelo proposto por Helman <sup>53</sup> sobre os universos de localização da etiologia das enfermidades, abordado no capítulo 1, nota-se que entre os Agentes de Cura entrevistados foram salientados os âmbitos individual, natural e social da etiologia. O sobrenatural, correspondente à ação de diferentes entidades, como deuses, espíritos ou entidades ancestrais não foi citado.

É interessante observar que os Agentes de Cura têm uma visão particular em relação ao nível individual. Ao passo que Helman <sup>53</sup> chama atenção para a tendência desse nível em responsabilizar o indivíduo pelo seu adoecimento, os assentados explicitaram a alimentação, higiene e estilos de vida – elementos típicos do âmbito individual – como integrantes de um contínuo movimento entre escolhas pessoais – erradas –, e o que concretamente é possível fazer devido às dificuldades impostas pelas condições de vida. Nesse sentido, é enfatizado um contexto que dificulta a adoção de outros hábitos e escolhas.

As causas dos problemas advindas do “mundo natural” incluem aspectos do meio ambiente, incluindo condições climáticas – excesso de frio, calor, chuva, vento, umidade – e infecções causadas por microrganismos. Nesse âmbito os Agentes de Cura destacaram principalmente as dificuldades de se morar sob lonas e habitações sem esgotamento sanitário. Também chamaram atenção para o problema de se viver em áreas ambientalmente degradadas e solos ruins devido ao uso intensivo de agrotóxicos e monoculturas no passado. Destacam as infecções e infestações, apontando as dificuldades de sua prevenção.

Embora Helman <sup>53</sup> chame atenção para a bruxaria, feitiçaria e mau-olhado – nível social –, os Agentes de Cura, de modo geral, salientaram os conflitos interpessoais como originários de diversos problemas. Somam-se aos problemas familiares as relações com vizinhos, frustrações com a morosidade do processo de formação de assentamentos, decisões desfavoráveis do setor público e criminalização do movimento social, que transforma “a questão social em questão de polícia”.

Apenas Alecrim e Mandacaru explicitaram práticas contra mau-olhado.

A articulação dos três níveis empreendida pelos Agentes de Cura para explicação das causas de doenças é valiosa porque aborda aspectos físicos, estruturais, psicológicos e comportamentais do processo de adoecer.

Porém, assumindo-se que não existe o fenômeno “doença” distinto do fenômeno “saúde”, mas que saúde-doença-cuidado é uma realidade processual, serão discutidas nessa seção, à partir dos vocábulos enunciados pelos entrevistados, as concepções sobre etiologia, diagnóstico, recursos e sistemas terapêuticos com a finalidade de compreender o processo em seu conjunto <sup>52</sup>.

Outra consideração importante é a de que a separação entre os elementos explicativos do processo saúde-doença-cuidado foi elaborada apenas para fins analíticos, distinção que não se observa na prática dos Agentes de Cura e, como veremos adiante, tem a ver com a centralidade do sujeito no tratamento de seus males. Tal procedimento metodológico possibilita a análise dos dados, embora a tarefa de classificar entrevistas com acentuado caráter abrangente e unificador seja muito difícil. Para a discussão dos resultados, entretanto, buscar-se-á a síntese dos mesmos.

## **C.1 ALIMENTAÇÃO E CONDIÇÕES DE VIDA**

Há alguns anos o MST vem refletindo sobre a necessidade de organizar assentamentos sob bases agroecológicas, contrapondo-se ao modelo agrícola hegemônico na sociedade brasileira baseado em grandes propriedades monocultoras voltadas para exportação <sup>79</sup>.

A agroecologia gera novas formas de relação entre os seres humanos e a natureza, uma vez que propõe o desenvolvimento de agriculturas adaptadas aos diferentes biomas, regiões e culturas. De acordo com Petersen e Silveira <sup>80</sup>, do ponto de vista técnico, a agroecologia utiliza a “complementaridade e o sinergismo entre os recursos bióticos no agroecossistema, de forma a potencializar ao máximo o uso dos recursos abióticos localmente disponíveis, minimizando a necessidade de importação de insumos externos” <sup>80</sup> (p. 125). Para alcançar essa situação, os mecanismos de auto-regulação e homeostáticos proporcionados pela biodiversidade devem ser estimulados. Tal conhecimento, fortemente influenciado pelo contexto ecossociológico local, é fundado na diversificação e na integração das atividades produtivas no tempo e no espaço <sup>80</sup>.

De acordo com o MST, para construir a agroecologia é preciso investir na organização e mobilização popular, promover processos de luta social e de afirmá-la enquanto projeto político para a agricultura camponesa <sup>79</sup>.

A discussão sobre práticas agroecológicas se insere na reflexão sobre Soberania Alimentar. Dessa forma, além da segurança alimentar e nutricional, que é a garantia de alimentação saudável e nutritiva para todos, deve-se buscar “garantir o direito e o dever de decidir quais alimentos produzir, qual tecnologia utilizar na produção e, no caso dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, garantir o direito e o dever de produzir estes alimentos” <sup>81</sup>. É interessante notar que é ressaltado o dever do trabalhador rural produzir alimentos saudáveis e nutritivos. Obviamente, nesse contexto a indicação para não se utilizar agrotóxicos está colocada.

Pertencer à um movimento social constituído há mais de 25 anos que possui organicidade própria com fortalecimento da estrutura nuclear, setorial e de direção influencia marcadamente a visão de mundo das famílias integrantes do mesmo. Sua organização em torno da educação e formação política dos integrantes marca as percepções sobre a realidade, inclusive do processo saúde-doença-cuidado.

Dessa forma, a centralidade das orientações do MST acerca da produção e consumo alimentar soma-se à observação de Rocha <sup>72</sup> de que, de modo geral, a alimentação é, simultaneamente, elemento central da Medicina Popular na geração de doenças e de sua cura.

Nesse contexto, observa-se a ênfase que os entrevistados deram à importância de se consumir alimentos diversificados, frescos, sem agrotóxicos e cultivados pela família para manutenção da saúde, entendida como vitalidade e equilíbrio de aspectos individuais, naturais e sociais. Vitalidade e equilíbrio que possibilitam a continuidade do enfrentamento das condições adversas implícitas na luta pela terra, sobrevivência da agricultura camponesa num contexto favorável ao agronegócio e manutenção da reprodução social – biológica, ecológica, de consciência e conduta – do grupo em questão.

Outro aspecto importante dos alimentos foi a classificação quanto à “reimoso” / “não reimoso”, observada por Panacéia, Mandacaru e Alecrim.

Carlos Rodrigues Brandão <sup>82</sup> afirma que “reima” não é um conceito definido. À partir do tipo de mal que um alimento produz no corpo faz-se a classificação em “reimoso”. De acordo com o autor,

“[...] a ‘reima’ é alguma coisa (uma substância? Uma qualidade?) presente no corpo de pessoas e em alimentos, e que ‘faz mal pro sangue’ – consequentemente, para problemas e doenças da pele. A ‘reima’ ‘agita o sangue’, ‘agita o corpo da pessoa’, ‘engrossa o sangue’, põe a ‘reima’ pra fora” <sup>82</sup> (p. 119).

Panacéia, em sua entrevista, afirmou que alimentos “reimosos” também podem anular o efeito de determinados tratamentos. Alecrim, no entanto, informou que alimentos “reimosos” podem causar o retrocesso de um tratamento à base de medicamentos sintéticos e não de plantas medicinais. Segundo ele, os medicamentos deixam o corpo repleto de química, a qual entra em choque com a “carga” do alimento “reimoso”.

É interessante observar que a “reima” possui caráter ambíguo, pois ela tanto é algo ruim para o corpo quanto um auxílio para a cura, uma vez que ela faz o problema do sangue emergir.

Tal ambigüidade foi explicitada na entrevista de Panacéia, de Alecrim e durante conversa informal com Mandacaru. Enquanto essa última afirma que alimentos “reimosos” são benéficos porque eles “mostram” para o sujeito que seu sangue não está bom, Panacéia diz que

*“no tratamento [de uma ferida na perna] você tem que medicar e tem que também limitar a boca da pessoa. Entendeu? Se você não... não medicar a pessoa e não limitar a boca, a pessoa ele vai tomar o remédio e vai comer alguma coisa que vai cortar o efeito daquele remédio e vai ser pior. Aí eu sei que eu peguei, preparei os remédios, cortei tudo quanto fosse troço “reimoso”. Ela comia era praticamente angu, feijão, macarrão, essas coisas assim... Legumes só se fosse de batata, abóbora madura, nada de troço verde, nada de troço que alastrava” (Panacéia).*

Observa-se, nesse caso, que os alimentos “reimosos” dificultariam a cura de forma indireta, ao anular o efeito do tratamento.

Sobre o trecho acima, é curioso notar que Panacéia recebeu orientações médicas acerca da necessidade de “limitar” a boca do paciente durante o tratamento da ferida. Para ele, isso significou retirar os alimentos “reimosos”, uma vez que tal restrição alimentar tem espaço consolidado nas práticas populares.

Alecrim, também se referindo ao efeito prejudicial de alimentos “reimosos”, mas indicando a possibilidade de melhora da situação por meio da utilização de ervas, informou que *“se o teu sangue já tiver ruim também, uma carne de porco pode te prejudicar, entendeu? [pausa] Aí é necessário você tomar um depurativo do sangue, [breve pausa], tá?”* (Alecrim).

Magalhães<sup>83</sup> destaca em seu trabalho três classificações acerca dos alimentos. São os pares de oposição quente / frio, forte / fraco e “reimoso” / descarregado. Helman<sup>53</sup> lembra que esses pares de oposição adquirem importância ao restaurar o equilíbrio do corpo. Mas para além da relação entre os opostos, Magalhães<sup>83</sup> afirma que a “reima” possui ligação com forte e com quente, “já que uma pessoa sadia pode comer alimentos “reimosos” sem problema e o mesmo não é indicado para pessoas que estejam fracas, de alguma forma. E também, todos os alimentos “reimosos” são quentes (ainda que o inverso não seja verdadeiro)”<sup>83</sup> (p. 14).

Como a questão da alimentação não foi especificamente abordada nos objetivos do presente trabalho, e considerações acerca de “reimoso” / não “reimoso” não foram

contempladas no roteiro de entrevista, as relações que são feitas na Medicina Popular entre os pares de oposição citados acima e também com o uso de plantas medicinais não puderam ser exploradas.

Somente Macela apontou a oposição quente / frio como sendo característica de plantas, como o chá de Alfavacão que é quente e cuja caloria deve ser “quebrada” por meio do uso de limão. A entrevistada informou que não se deve utilizá-lo com frequência devido à possibilidade de se “tomar friagem” e, conseqüentemente, “pegar” uma infecção. Nada foi informado sobre alimentos quentes / frios.

Apenas Panacéia teceu comentários acerca de alimentos fortes, os quais, segundo ele, eram os responsáveis, antigamente, por proporcionar resistência durante o trabalho na roça e a disposição para as tarefas domésticas. Brandão <sup>82</sup> afirma que os homens do passado são considerados mais fortes do que os do presente porque, de acordo com seus entrevistados, eles se alimentavam de “comida mais forte”, a qual propiciava a manutenção do trabalhador saciado por mais tempo e a produção e conservação de mais energia para a atividade braçal <sup>82</sup>. A comida, segundo uma categoria ampliada, era forte

“[...] *como um todo* porque era derivada de um ambiente mais forte, sendo então mais natural, mais sadia e mais portadora da ‘força da terra’. Era também ‘mais forte’ por ser, no prato, uma combinação de elementos com ‘mais sustança’. A ‘comida mais forte do tempo dos antigos’ compunha pratos de: feijão mais do que arroz (como se acredita que seja o costume vigente em Minas Gerais até hoje, fato que os mineiros da região fazem questão de acentuar); mandioca, carne, leite e ovos, ‘tudo feito com muita banha, toicinho e torresmo’” <sup>82</sup> (p. 110 – 111).

É interessante notar que os comentários de Panacéia sobre alimento forte / fraco remetem à luta pela terra e ao modelo do agronegócio atualmente hegemônico. Ele ressalta que sua indignação em relação a esse contexto e ao lugar ocupado pela população rural no sistema econômico e político o impelem a permanecer no MST. Segundo o entrevistado, na roça se come melhor – alimentos mais fortes – do que na cidade porque na área rural os alimentos são frescos e pode-se optar por plantar sem utilizar agrotóxicos e medicamentos para a prática de “engorda” de animais. No entanto, considerando a inserção que a agricultura camponesa tem na sociedade brasileira – falta de subsídios, de projetos e acentuada concentração de terras – torna-se muito difícil, segundo o entrevistado, levar adiante a opção escolhida de produzir alimentos diversificados, sem usar venenos e manter o sustento da família.

Nesse contexto, adoecer muitas vezes se torna inevitável. A alimentação precária, vida sob lona preta, falta de água encanada, esgoto e recolhimento de lixo, ausência de luz elétrica, transporte público interligando os meios rural e urbano e morosidade do processo de transformação de pré-assentamento em assentamento são relatados pelos entrevistados como os principais problemas dos Sem-Terra em relação às condições de vida.

Entretanto, a percepção dessa situação-limite e possibilidade de enfrentamento por meio da organização e mobilização popular também fortalece as perspectivas de construção de um futuro mais favorável para os camponeses.

Partindo da reflexão de Paulo Freire<sup>43</sup> sobre “inédito-viável”, observa-se que quando os assentados percebem que a situação em que se encontram situa-se na “fronteira entre o ser e o mais ser, se fazem cada vez mais críticos na sua ação, ligada àquela percepção. Percepção em que está implícito o inédito viável como algo definido, a cuja concretização se dirigirá sua ação”<sup>43</sup> (p. 109). Essa força para seguir lutando pôde ser observada durante o trabalho de campo e nas entrevistas com os Agentes de Cura, conforme alguns trechos apontados nessa dissertação.

## **C.2 QUÍMICA, FÉ E AMOR COMO PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS**

Os entrevistados foram enfáticos em relação ao perigo de se usar “químicas”, apesar de também retratarem situações em que elas são importantes.

É interessante notar que os Agentes de Cura explicitaram qual química deve ser evitada. Eles se referiram ao perigo de se usar química sintética, aquela produzida em laboratórios químicos / farmacêuticos e que é utilizada em alimentos e como medicamentos. Alecrim e Panacéia mostram bem essa distinção em trechos de suas entrevistas:

*“Eu gosto mais de usar as plantas medicinais [em relação aos medicamentos sintéticos], tá? [breve pausa]. As plantas medicinais que... ao menos elas eu conheço o grau de toxina delas. Já os... os*

*remédios de farmácia eu não sei o grau de toxina que eles têm”* (Alecrim).

*“O Chapéu-de-Couro, por exemplo, é um remédio que a gente usa ele, só ele. [tom enfático] (...) O Chapéu-de-Couro eu não aconselho que misture porque às vez... às vez... as... química de um já vai complicar e fazer mal à pessoa. Isso aí eu sei. (...) [Para fazer um remédio para tratar] pneumonia você pode botar Erva-de-Passarinho, pode botar o Pé-de-Galinha, pode botar Cordão-de-Frade, pode botar uma folha de Assa-Peixe. (...) Esses remédios, eles então se torna uma química que vai fazer o bem. Agora, tem remédio que você não pode misturar um com o outro. Não pode. [Pausa] Porque aí se torna veneno.”* (Panacéia).

Os entrevistados reconhecem a existência de propriedades químicas nas plantas, porém, no cotidiano do uso de ervas, o que se faz necessário é o conhecimento de seus efeitos na saúde. Para os entrevistados, não é fundamental saber qual é a propriedade química específica de cada erva e quais reações serão desencadeadas no organismo. Mandacaru, por exemplo, se refere à pouca utilidade dos nomes científicos no contexto da Medicina Popular: *“Tá [está] até ali o Arrozinho do brejo. Mas tem o nome... científico dela que eu não tenho aí, minha mãe que sabe; que eu não me interessei de tanto que tem aí eu nem me interessei, sabe, só sei que ela é boa.”* (Mandacaru).

No entanto, é importante salientar que a mesma planta medicinal possui diferentes nomes populares de acordo com as regiões. Da mesma forma, um mesmo nome popular pode designar plantas diferentes. Um exemplo elucidativo é apontado na cartilha do setor de saúde do MST / MG <sup>78</sup> sobre plantas medicinais. Segundo os autores, a *Aristolochia sp* é conhecida no Brasil pelos seguintes nomes populares: Papo-de-peru, Angelicó, Aristolóquia, Capa-Homem, Cassiu, Cipó-Mata-Cobras, Cipó-Mil-Homens, Milhomens, Papo-de-Galo, Calunga, Bastarda, Erva-de-Urubu, Mata-Porco, Patinho, Cipó-Mata-Cobra, Urubu-Caá, Contra-Erva, Sapatinho-de-Judeu, Cipó-Milongue, Caçaú, Chaleira-de-Judeu, Erva-Bicha, Giboinha, Guaco, Jarro, Jarrinha-Monstro, Jarrinha-do-Campo, Jarrinha-Cheirosa, Cipó-do-Coração, Raja, Jarrinha-Batatinha, Cipó-Mata, Aristolóquia-Mil-Homens, Papo-de-Peru-Babado, Papo-de-Peru-do-Grande, Milhomes-da-Beira-do-Rio, Milhomes-do-Miúdo, Mil-Homens-

Verdadeiro, Papo-de-Peru-do-Miúdo, Milhomes-do-Sertão, Camará-Assú, Cipó-Paratudo, Crista-de-Galo, Jericó, Raiz-de-José-Domingos, Raiz-de-José-Domingues, Ambaia-Caá, Ambaia-Embo, Cassaiú, Coifa-do-Diabo, Jarro-do-Diabo, Melombe, Milome, Touca-do-Diabo, Jarrinha-Pintada, Milhome-de-Babado, Anhangá-Potira, Cipó-Cassaú, Jarrinha-Batatinha, Batatinha, Batuinha, Butuinha, Jarrinha-de-Batata, Jarrinha-da-Serra, Marrequinha, Jarrinha-das-Pedras, Jarrinha-de-Lábio-Escuro, Jarrinha-do-Campo, Jarrinha-Rasteira, Jarrinha-Rasteira-do-Cerrado.

Nesse contexto, quem não tem o conhecimento sobre plantas medicinais baseado em longas experiências – até mesmo de gerações – ou advindo do conhecimento científico, pode se enganar no uso de determinada erva. A difusão de informações sobre plantas medicinais nos meios de comunicação é frequentemente uma fonte de conhecimento duvidosa. Como especialmente no meio urbano ela é utilizada, diversas confusões acerca do reconhecimento de plantas medicinais têm ocorrido.

É interessante destacar que os Agentes de Cura não diferenciam o uso popular de plantas da fitoterapia. Para a ciência, no entanto, o primeiro se refere ao conhecimento e uso de ervas baseados na experiência cotidiana, enquanto a fitoterapia é uma disciplina científica que estuda o uso medicinal de plantas baseando-se em testes de eficácia e segurança, garantindo também a constância da qualidade de um preparado fitoterápico.

A distância entre o cotidiano de uso de plantas medicinais e os avanços técnico-científicos da Química enquanto disciplina, associada às inúmeras experiências ruins com o uso de medicamentos sintéticos e agrotóxicos, contribuem para a centralidade da “química” como perigo para a saúde no âmbito da Medicina Popular.

Nesse contexto, Alecrim afirma que a utilização de química sintética como recurso terapêutico rompe o equilíbrio do corpo e da natureza em volta da pessoa porque ela pode prejudicar o organismo. A agressão é tão forte que “veneno” e “química” são associados em diversas entrevistas. Além disso, os sujeitos de pesquisa relatam os inúmeros efeitos adversos que a “química” pode provocar.

Em contraposição a esses malefícios, encontram-se a “natureza” e os recursos “naturais”, que favorecem o equilíbrio do corpo, tratam o ser humano em seu conjunto e não agride o organismo.

Conforme abordado anteriormente, a química presente na alimentação – seja sob a forma de agrotóxicos ou medicamentos para engorda de animais –, também deve ser evitada porque age negativamente sobre a vitalidade do corpo e está intimamente ligada ao modelo do agronegócio, contra o qual os entrevistados lutam. É interessante notar que durante a entrevista com Artemísia eu elaborei mal uma pergunta em relação à que estava redigida no roteiro, mas que acabou indicando sua reflexão sobre a articulação entre saúde e o atual modelo econômico. De acordo com o roteiro de entrevista, eu deveria perguntar-lhe: “*por que você acha que as pessoas ficam doentes?*”. No entanto, com o esforço de não ler as perguntas do roteiro e aproximar a entrevista à uma “conversa guiada” com o intuito de favorecer as reflexões dos entrevistados, indaguei Artemísia: “*e o que você considera, Artemísia, que tá por trás das doenças? Assim, o que faz as pessoas adoecerem?*”. A partir da pergunta, obtive a seguinte resposta:

*“[pausa] Olha... eu acredito que é a química, eu acredito nisso. Entendeu? [risadas] e aí tem lá o... como se diz, a Monsanto, [tom enfático] né, ele não pode deixar de não vender. Acho também a fábrica de ganância, né, a ganância também; a ganância da riqueza. Ficar rico, né? É dois motivos eu acho assim. Primeiro, [tom enfático] é, o primeiro [pausa] pra produzir muito, pra ter em alta quantidade, sair envenenando tudo, né? Aí, por outro lado eles têm aquela farmácia lá que é uma fábrica de fazer dinheiro, fazer remédio pra... não sei como é que pode se dizer que aquilo lá... então tem que vender remédio, então tem que ter pessoas doentes. Porque quando não tiverem pessoas doentes, não vai comprar o remédio. E se não comprar o remédio aí eles ficam sem dinheiro. Uma coisa o [professor dela de Homeopatia popular] tem razão, que é o que esse alemão, como é que é o nome dele? Hahnemann. O Hahnemann [pausa] é porque não tinha dinheiro, né? Então os outros... o Hahnemann foi praticamente... ia pra fora porque ele tinha necessidade, ele sentia necessidade de fazer o bem, de curar, e não ficar na ganância. Então eu acho que é isso aí, ô Letícia...”*

Observa-se que Artemísia faz uma comparação entre diferentes sistemas médicos e sua articulação com o modelo econômico de forma a inserir a “química” como elemento mediador dessas relações. A relação entre os sistemas será discutida mais a frente.

Apesar dessas críticas, os produtos químicos são tidos como úteis em situações específicas, especialmente quando articulados às plantas medicinais para retirada de inflamação do organismo e limpeza de feridas e machucados.

Segundo os entrevistados, a propriedade de cura é advinda *também* da química do recurso terapêutico, seja ele uma planta medicinal, alimento vegetal ou medicamento sintético. Além da química, é fundamental que o usuário tenha “fé” naquele produto para que o mesmo seja efetivo. Nesse sentido, nota-se que a eficácia terapêutica possui um conteúdo simbólico. Ela é resultante de um efeito farmacológico sobre o sujeito mas também deriva da ação que engendra no contexto específico de uma determinada cultura <sup>14</sup>. A eficácia decorre da “expectativa do paciente e de seus familiares e da satisfação de requisitos sociais e culturais tidos pelo grupo como importantes para restabelecer o equilíbrio” <sup>14</sup> (p. 53).

Para Rocha <sup>72</sup>, a fé, como elemento da Medicina Popular é a

“segurança de acreditar em algo, a confiança, mesmo que este algo não seja devidamente compreendido. Não é estritamente racional, mas também não é absurdo e abstrato. É fruto de observações e comprovações. É a partir daí que funciona a intuição” (p. 59)

Panacéia acrescenta que é fundamental ter capacidade para fazer o remédio, disponibilidade do Agente de Cura e fé por parte do usuário. Isso não quer dizer que inexistam uma propriedade intrínseca à planta que provoque efeito terapêutico, mas que a resolução do problema de saúde requer comprometimento, segurança e um sentimento de interesse mútuo entre usuário e Agente de Cura para superação do problema em questão.

Poia ressalta a fé também como uma forma de se obter cura sem que nenhuma propriedade farmacológica esteja atuando. Cita como exemplo as “simpatias”. Essa entrevistada relaciona de forma singular “fé” e “emocional”, pois, conforme será visto a seguir, para Poia a principal causa de doenças são os problemas relacionais interferindo no “estado emocional” das pessoas. Sendo assim, cada um pode criar ou curar-se da maior parte dos problemas de saúde.

### C.3 PROBLEMA DE NERVO

Para Fonseca <sup>84</sup>, o código cultural “nervoso”, hegemônico entre as classes populares, designa estados de sofrimento simultaneamente físicos e mentais.

Levigard & Rozemberg <sup>85</sup> apontam que

“o nervoso é uma categoria semântica plástica, que transcende os enquadres biomédicos ou psicopatológicos, abrangendo as relações entre a corporalidade e as dimensões da vida social, enlaçando manifestações pessoais e coletivas, ideológicas, religiosas e emocionais. A compreensão do modo como as vivências do nervoso são referidas no cotidiano possibilita estabelecer um elo entre as queixas individuais e as tensões sociais, assim como outros determinantes presentes na organização do trabalho, da saúde e do ambiente dos grupos que estão vivendo o problema.” (p. 1516)

Apesar de não se ter aprofundado durante o trabalho de campo o significado e as relações do “nervoso” para os assentados, é interessante observar que essa questão foi abordada pelos entrevistados. Artemísia, por exemplo, apontou o “problema de nervo” como causador de dormência na perna. Como isso aconteceu com ela e com seu irmão, quando alguém relata tal condição, ela suspeita de imediato de algum acontecimento que tenha deixado o sujeito aborrecido. Com isso, ela orienta toda sua terapêutica para acalmar e relaxar o demandante. De forma semelhante, Macela também informou que o “problema de nervo” pode causar dores no estômago.

Para Alecrim, o mais importante a saber é que o “problema de nervo” pode piorar a qualidade da aura das pessoas e, conseqüentemente, trazer malefícios físicos como redução de anticorpos e então doenças.

Poaia utiliza o vocábulo “emocional” para expressar situações semelhantes às retratadas pelos outros entrevistados como “problema de nervo”. Ela enfatiza as relações sociais problemáticas como causadoras de doenças. Há, em certa medida, uma articulação entre doenças manifestadas no corpo físico e problemas emocionais. São marcantes, em sua entrevista, os fatores subjetivos na etiologia de doenças, diferenciando-a dos demais entrevistados nesse aspecto. Para ela, por meio da subjetividade é possível criar e curar doenças. É interessante notar que nesse contexto inserem-se a fé e a simpatia, mas enquanto a

primeira é tida como essencial em qualquer tratamento, a segunda já não é tão bem vista, uma vez que Poaia a associa a práticas divergentes àquelas indicadas por sua religião. Um trecho de sua entrevista é significativo:

*“Eu acredito também que a simpatia ela também é um modo de botar sua fé em ação. Como eu sou religiosa, né, eu até nunca fiz estudos sobre isso aí não e até gostaria de fazer. Mas todo... [tom de incerteza sobre o que vai expor] Igual eu vim, né, desse... Meus pais, né, e tal, então eu vim desse ramo aí, dessa cultura [que acredita em simpatias], né? [tom de desconforto] Então, por tudo que eu já percebi, quer dizer, o pai põe a fé em ação, né, a mãe, então quando ela busca algo pro filho, pra cura do filho, ela põe em ação acreditando que aquilo vai... funcionar, né? Agora, infelizmente eu não acredito que realmente ele [recurso terapêutico usado] tenha um poder sem a fé. Entende? Aonde eu acredito no... na... na simpatia assim. Na fé da pessoa. Portanto a dona Maria [vizinha] ela acredita, olha só [tom enfático], pra você ver como a [doença] dela é emocional. Ela acredita que ela urinou em um mamão, e enterrou o mamão, curou ela da... da... da diabete. Mas nós sabemos que na verdade não... Isso não aconteceu. Que... o xixi e o mamão não tem nada a ver, ainda mais que ela não fez nada no corpo, usou, né. Na prática ela só botou a fé dela em ação naquela simpatia. E o... o... o triste dessa simpatia é que ela nunca mais pode comer mamão. [pausa] Quer dizer, ela eliminou o mamão da vida dela.” (Poaia).*

Fonseca <sup>84</sup> afirma que o “nervoso” possui múltiplos sentidos, não sendo capturados por categorias nosológicas da Biomedicina. No seu entendimento,

*“[...] o sofrimento social frequentemente se manifesta primeiramente como doença nos serviços de saúde (mesmo que seja uma suposta doença), tendo ou não substrato classificável na nosologia médica. Sendo assim, nem sempre há um diagnóstico ou um método disponível que possa abraçar essas qualidades de sofrimento, de forma a minimizar a angústia dos profissionais ou dos sujeitos envolvidos.” (p. 469).*

O “nervoso” não foi objeto de estudo específico desta pesquisa, e, com isso, não se pode afirmar com segurança e de forma mais detalhada os sentidos e as causas atribuídos pelos entrevistados aos “problemas do nervo”. No entanto, cabe ressaltar que seria interessante investigar a queixa do nervoso entre assentados e acampados do MST, uma vez que a situação-limite vivida por eles, imposta também pela dificuldade de acesso à terra no Brasil, pode gerar um mal-estar que, segundo Fonseca <sup>84</sup>, se traduz em doenças, pedidos de amparo e de alívio ao sofrimento.

## **C.4 LIMPEZA**

### **C.4.1 LIMPEZA ENQUANTO HIGIENE**

O Vocábulo “limpeza”, conforme apontado no início do capítulo, é polissêmico e pode se referir à retirada de secreções do corpo e de energias ruins, como ao asseio a uma fase do ciclo vital da terra.

Apenas Alecrim apresentou essa última definição, a qual é apresentada no Anexo III, e por isso não será detalhada nessa seção.

Enquanto higiene, a limpeza é ressaltada pelos Agentes de Cura como elemento essencial para evitar verminoses, intoxicação alimentar, pediculose, escabiose e outros problemas de pele.

Artemísia, Mandacaru, Poaia e Macela enfatizaram também a importância de se colher ervas em locais limpos, ou seja, longe de estradas, dejetos humanos e animais e isentos de agrotóxicos.

Novamente nessa questão, a vontade de se preservar a higiene do lar esbarra com as dificuldades apresentadas pelas condições de vida. Em relação à higiene, no entanto, é importante observar que a falta de informação e a dificuldade de modificar situações costumeiras também ganham espaço.

A maior parte dos entrevistados utiliza água oriunda de poços sem qualquer tratamento, as fossas nem sempre são construídas adequadamente e alguns locais de lazer das crianças favorecem doenças infecto-contagiosas. Alguns assentados – não Agentes de Cura – criam diversos animais dentro de casa, o que favorece a proliferação de várias doenças.

O MST vem enfrentando a questão da “higiene” por meio de cursos que ensinam a construção de fossas sépticas, reaproveitamento de detritos e tratamento caseiro da água. Durante a organização de um acampamento são observados os locais adequados para utilizar água para consumo doméstico e onde devem ser construídos os banheiros.

#### **C.4.2 LIMPEZA ENQUANTO EMERGÊNCIA DE SECREÇÕES**

A idéia de “sangue sujo” ou “sangue ruim” está presente nas entrevistas de Panacéia, Artemísia, Alecrim, Macela e Mandacaru. Rocha <sup>72</sup> comenta que tal idéia está associada à de “reima” e de “febre por dentro”, que corresponde a um processo inflamatório situado no ventre, causando malefícios em todo o corpo. É reconhecida pelo aumento da temperatura abdominal e pela sede exagerada. Tal situação é caracterizada por Artemísia como sendo “intestino quente”, percebida, pela entrevistada, como uma “queimação na barriga” seguida de cólica e disenteria.

O sangue fica “sujo” porque os alimentos consumidos o tornaram assim. Doenças como a sífilis e a gonorréia também podem causar tal situação, de acordo com Mandacaru e Alecrim.

Quando há “febre por dentro” e erupções cutâneas como furúnculos e feridas diversas, é sinal de que o organismo está se empenhando em “expulsar a morbosidade, a ‘reima’ dos alimentos causadora da moléstia” <sup>72</sup> (p. 54). Também quando suspeita-se que o sangue está sujo busca-se – ou ocorre espontaneamente – a purgação.

Dessa forma, para a Medicina Popular é essencial que as doenças não se recolham para o interior do organismo; é necessário que elas saiam do mesmo <sup>72</sup>. Alecrim evidencia isso em um trecho de sua entrevista:

*“[O Guiné tem] um poder curativo muito mais forte que a própria ‘Benzetacil’. Entendeu? ‘Benzetacil’, uma só tira a inflamação do corpo todo, não é? Mas sabendo de uma coisa: ela não joga pra fora. E as pessoas não sabe disso. Ela simplesmente ela recolhe pro sangue [breve pausa]. Você toma uma injeção de ‘Benzetacil’, olha só, você tá com uma ferida, você toma uma ‘Benzetacil’ aquela ferida não vaza. É o que que ela faz? Fecha. Aquele problema foi pra onde? [breve pausa] Pro teu sangue, tá? É isso que eu não aceito na medicina, entendeu? [Ela] não limpa. Ela é um socorro rápido [tom enfático]. Um socorro rápido, mas não faz a limpeza. Tem muita, muita diferença numa limpeza pra um socorro rápido [tom enfático]. Como as ervas... As ervas numa parte são mais lentas do que os remédios farmacêuticos, entendeu? Porque a maioria dos remédios farmacêuticos eles recolhe.” (Alecrim).*

Nesse contexto, os recursos terapêuticos têm a função de favorecer a expulsão daquilo que internamente está provocando as enfermidades. Adquirem papel fundamental as ervas laxantes e depurativas do sangue.

É fundamental para a Saúde Pública compreender o que os diferentes grupos sociais pensam sobre o processo saúde-doença-cuidado e mais especificamente sobre os recursos terapêuticos disponíveis, pois isso influencia consideravelmente as opções terapêuticas feitas. A mediação entre saberes é urgente e delicada. Ampliar os espaços de diálogo entre profissionais e usuários de serviços, além de articular os diferentes saberes, torna-se fundamental. Alecrim comentou duas situações que do ponto de vista da Saúde Pública merecem atenção especial. Uma delas envolve Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e, portanto, deve-se estar atento à possibilidade de propagação das mesmas. A outra refere-se ao manejo da hipertensão, cujo sinal tem sentidos opostos para a Medicina Popular e para a Saúde Pública pensada / praticada sob a ótica da Biomedicina.

Na primeira situação Alecrim informou que um rapaz procurou serviço médico anos atrás e foi tratado – por meio de medicamentos sintéticos – contra Gonorréia, uma DST. Entretanto, após o período de dois anos o rapaz ingeriu carne de porco – “reimosa” – e os sintomas da doença retornaram. Alecrim foi então procurado e iniciou-se o tratamento com ervas. O Agente de Cura enfatizou a forma e o período pelo qual o remédio deveria ser tomado, a importância de não manter relação sexual com ninguém durante o tratamento e os efeitos observados no corpo que indicariam a efetividade do mesmo. É interessante notar que tais aspectos abordados por Alecrim são essenciais para garantir adesão a qualquer tratamento e indicam boa conduta do profissional em relação à “prescrição”. Conforme esperado, foram observados os sinais de melhora:

*“foi durante trinta dias ele tomando o remédio [pausa]. Trinta dias. Tinha dia que ele botava placa assim [fez o gesto] ó, pela urina, de pus. Pela urina e pelas fezes. Era placa assim [fez o gesto] de pus. E fedendo. E tudo através dos remédios medicinal. Eu sei que colocou tudo pra fora, hoje em dia ele come carne de porco, hoje em dia ele é casado, tem filho, nada prejudicou ele.” (Alecrim)*

A segunda situação se refere ao diagnóstico médico de que Alecrim estava hipertenso. Conforme já foi dito, no assentamento onde mora há equipes da Estratégia Saúde da Família atuando e o entrevistado considera boa a relação entre os assentados e os profissionais de saúde.

Após o diagnóstico, Alecrim iniciou tratamento com medicamentos sintéticos contra Hipertensão Arterial, mas vivenciou diversos efeitos adversos e optou por substituí-los por remédios de plantas que conhecia. O entrevistado observou que seu tratamento era eficaz pois percebeu a limpeza de seu corpo:

*“aí fui só... tomando aquilo, fui só... me limpando. Limpando, limpando. A primeira reação [tom enfático] dos remédios de erva que eu comecei a tomar: eu comecei a botar sangue pelo ouvido. E à noite, quando ia dormir, sangue pelo nariz. Aquele sangue, que tava acumulado. Começou a jogar tudo pra fora. Sangue pra fora. Mas tem a erva certa, tá? Ó, joga tudo pra fora.” (Alecrim).*

Em ambas as situações relatadas os sinais de eficácia do tratamento para o Agente de Cura são sinais de alerta para a Saúde Pública: no caso da hipertensão, sangramento pelo nariz – o mais comum – indica pressão arterial elevada e possibilidade de rompimento de novos vasos sanguíneos do corpo, podendo levar a outras complicações clínicas. Em relação à Gonorréia, um dos principais sinais clínicos da doença no homem é a presença de pus na uretra que é expelida junto com a urina.

Dessa forma, se não há espaços de discussão e articulação entre os saberes da Medicina Popular e da Biomedicina – que informa as práticas e a organização dos serviços de Saúde Pública –, os problemas de saúde tendem a se agravar e possivelmente não serão “captados” pelos profissionais de saúde. Os diferentes saberes, estando em diálogo, têm a possibilidade de enfrentar de forma mais efetiva os problemas de saúde da população pois preencheriam lacunas de conhecimento de ambos.

Entretanto, assumindo que a convivência entre os sistemas médicos não é harmônica e que estão em permanente disputa pelo monopólio do cuidado, percebe-se que a articulação entre eles é um imenso desafio. A fim de compreender esse contexto de disputas e refletir sobre o desafio que é a referida articulação, recorrer-se-á ao conceito de *campo* desenvolvido por Bourdieu<sup>86</sup>.

## 4.2 SISTEMAS MÉDICOS EM DISPUTA PERMANENTE

Stotz, David & Wong Un <sup>15</sup> observam que a política implantada a partir da Reforma Sanitária não modificou o modelo biomédico como pressuposto da atenção à saúde. A manutenção e reprodução da Biomedicina é consequência da ênfase conferida “aos problemas de financiamento e de gestão em detrimento da mudança do modelo de atenção do SUS” <sup>15</sup> (p. 4). Apesar disso, os autores apontam para um novo modelo assistencial que vem se delineando com a Estratégia de Saúde da Família, muito embora não esteja acompanhado de uma retomada da crítica à hegemonia da Biomedicina, tal qual feita por Maria Andréa Loyola <sup>87</sup> “que destacava o comprometimento da medicina científica ou biomedicina com a ordem social fundada no capitalismo” <sup>15</sup> (p. 4).

A partir das reflexões de Loyola <sup>87</sup>, Stotz, David & Wong Un <sup>15</sup> (2005) observam que a saúde, enquanto prática social, é composta por saberes e práticas integrantes de diferentes sistemas médicos. A Biomedicina, hegemônica, produz constantemente o distanciamento e a ruptura com o saber comum e o saber das outras medicinas que lhe fazem concorrência” <sup>15</sup> (p. 04).

Destaca-se a reflexão empreendida por Madel Luz <sup>88</sup> sobre as interações não dialógicas entre Biomedicina e as chamadas terapias alternativas – homeopatia, ayurveda, chinesa, tradicional indígena e africana –, uma vez que se trata de racionalidades médicas “fechadas”.

As interações se restringem a situações de concessão ou fracasso por parte da Biomedicina em terapêuticas específicas. A concessão ou fracasso se devem aos efeitos excessivamente iatrogênicos ou ineficientes do ponto de vista custo / benefício dos recursos empregados pela Biomedicina. Apesar disso, salienta a autora,

“os bloqueios continuam muito mais presentes que os encontros (...). Esses bloqueios se fazem sentir com mais intensidade nos *situs* institucionais acadêmicos, de produção e reprodução do saber médico hegemônico, como nos institutos de pesquisa e nas faculdades da área biomédica (Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia), com evidente liderança da Medicina” <sup>88</sup> (p. 170).

O entendimento de prática social como *campo* no sentido usado por Bourdieu <sup>86</sup> possibilita vislumbrar a saúde como um conjunto de forças em disputa pelo monopólio do cuidado. A “unidade” conferida ao campo da saúde é dada pelos demandantes, seus familiares

e amigos, que ao perfazerem itinerários terapêuticos se apropriam e conferem legitimidade a este ou àquele sistema. Com isto, o monopólio oficial, como acontece no Brasil com o domínio da Biomedicina, nunca é completo e permanente <sup>15</sup>.

*Campo* é definido como sendo um “universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas” <sup>86</sup> (p. 20). Dessa forma, cada subcampo – que no nosso caso pode ser entendido como cada sistema médico – possui graus variados de autonomia, que são dados pela natureza das pressões externas e forma sob a qual são exercidas e como as resistências são estruturadas de forma a reconhecer suas próprias determinações internas, minimizando as imposições externas <sup>86</sup>.

Todo campo é um campo de forças e de lutas visando sua conservação ou transformação. Em relação ao campo científico, Bourdieu <sup>86</sup> ressalta que

“[...] os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de objetos importantes, isto é, o conjunto das questões que importam para o pesquisadores, sobre as quais eles vão concentrar seus esforços e, se assim posso dizer, ‘compensar’, determinando uma concentração de esforços de pesquisa” (p. 25).

Guardando as devidas diferenças, mas numa tentativa de aproximação para a relação entre sistemas médicos, observa-se que num contexto de domínio da Biomedicina, o intenso uso de medicamentos, exames sofisticados e busca por atendimentos especializados perpassam os ideais de saúde de parcela significativa da população. Nesse sentido, nas áreas estudadas do MST, Macela e Mandacaru ressaltaram a importância dos exames para a verificação do “estado” de saúde dos usuários.

Loyola <sup>13</sup>, ao estudar as práticas de saúde e a relação entre os diferentes sistemas de cura em Santa Rita, bairro de Nova Iguaçu (RJ), fornece exemplos importantes sobre a conformação do campo da saúde.

Em relação às práticas de saúde, a autora observou na referida localidade a atuação dos seguintes especialistas: “médicos-administradores”, “médicos-clínicos”<sup>1</sup>, “médicos populares

---

<sup>1</sup> A autora não os denomina de “médicos-clínicos”, e sim médicos do INAMPS, dispensatórios ou postos de saúde.

ou particulares”, “farmacêuticos-praticantes ou terapeutas”, “farmacêuticos-comerciantes”, “farmacêuticos de ervas industrializadas”, “erveiros”, “pais-de-santo” da umbanda e do candomblé, “pastores” batistas ou da Assembléia de Deus e “religiosas” católicas. Loyola<sup>13</sup> descreve detalhadamente a relação entre os especialistas e nota-se uma clara disputa entre eles, inclusive dentro de uma mesma categoria como a de médicos ou farmacêuticos. A disputa visa ao aumento e preservação de clientela e, em última instância, a garantia de legitimidade e poder. Nesse ambiente de pluralismo médico, há divergências de classe social e modos de se pensar o processo saúde-doença-cuidado; há profissionais em posição limítrofe ou periférica fazendo mediação entre classes sociais, outros que são intermediários entre o sistema de saúde oficial e o não-oficial<sup>13</sup>.

Os médicos-administradores, por exemplo, que são aqueles oriundos das classes dominantes ou médias da região, mantém relações praticamente não-conflituosas com os especialistas da Medicina Popular. Não obstante, atribuem a esses últimos a responsabilidade pela ignorância da população, a qual gera a maior parte das doenças. Dessa forma, para sanar tal situação, propõem a integração dos especialistas da Medicina Popular à oficial, o que ocorreria à partir de uma formação específica e sob controle dos médicos<sup>13</sup>.

A desqualificação que os médicos-clínicos fazem às representações que os doentes das classes populares têm acerca de seu corpo e de suas doenças

“[...] visa, na verdade, atingir os especialistas da Medicina Popular: se a ignorância daqueles doentes serve de explicação ou de justificativa para muitos erros ou fracassos médicos, é porque na verdade ela significa mais do que uma simples falta de saber; ela é também superstição, ou seja, recurso a práticas mágicas e primitivas, que ‘não curam nada, atrapalham o trabalho dos médicos’ e ‘retardam a sua procura até um ponto em que eles mais nada podem fazer’. Assim sendo, grande parte da responsabilidade pelos altos índices de mortalidade e / ou incidência de certas doenças é transferida para os agentes da Medicina Popular.”<sup>13</sup> (p. 25)

Os “médicos populares”, em sua maioria oriundos das classes populares e nascidos ou residentes há muitos anos na região, conhecem bem os moradores locais e atuam em consultórios próprios, instituições religiosas ou sindicais. Devido ao baixo preço que cobram pela consulta, os demais médicos geralmente os consideram charlatões ou meros curandeiros<sup>13</sup>. A autora acrescenta:

“[...] relativamente próximos da Medicina Popular e incapazes, por suas convicções e por sua cultura familiar, de excluí-la totalmente de sua prática, eles têm, todavia, tanto para se diferenciarem como para não serem relegados pelos outros membros do corpo médico oficial à categoria de especialistas daquela medicina, que marcar

incessantemente sua vinculação à medicina legítima e reafirmar uma identidade constantemente ameaçada”<sup>13</sup> (p. 30).

Nesse contexto, observa-se a tensa relação entre as práticas populares de saúde e as práticas oficiais. A Biomedicina, constantemente buscando reafirmar sua posição de hegemonia no monopólio do cuidado e a Medicina Popular, buscando aumentar sua clientela e dando respostas à questões não contempladas pela oficial.

De acordo com Rocha<sup>72</sup>, a medicina alopática adotada num sistema político e econômico que se baseia na dependência, necessariamente reforça tais laços. Isso ocorre porque a assistência à saúde está entrelaçada à organização social, religiosa, política e econômica da sociedade, sendo expressão dessa última<sup>53</sup>. Com isso, uma dada sociedade pode conceber a assistência à saúde como direito básico do cidadão, ou somente dos mais pobres e idosos, ou apenas daqueles que possuem recursos financeiros para acessá-la. Helman<sup>53</sup> ressalta que a assistência médica não apenas reflete os valores e ideologias básicos como também contribui para sua manutenção, uma vez que reproduz em sua organização interna desigualdades existentes na sociedade, especialmente as de gênero, classes sociais e origens culturais.

Rocha<sup>72</sup> observa que a Medicina Popular tem um caráter de resistência em relação à medicina oficial porque mantém – ou tenta manter – concepções sobre saúde, doença e cuidado convergentes com a cultura do povo a que pertence.

Nesse sentido, Rocha<sup>72</sup> afirma que se a Medicina Popular “for genuína, será especialmente preventiva, educativa e aliada às leis naturais” (p. 44). Sendo assim, “este poder de encorajar a auto-suficiência não deixa de ser uma forma de resistir à forte e complexa torrente que por todos os lados nos impele à dependência”<sup>72</sup> (p. 44).

Entretanto, é interessante ressaltar que os praticantes da Medicina Popular estudada na presente pesquisa não se opõem de forma absoluta à Biomedicina, mesmo aqueles mais “genuínos”. Conforme apontado no início do capítulo, observou-se uma gradação entre os entrevistados no que se refere aos conhecimentos sobre Medicina Popular, o que se reflete em suas práticas e escolhas quanto ao uso de um ou outro sistema terapêutico.

A coexistência de diferentes sistemas médicos propicia o desenvolvimento de diferentes itinerários terapêuticos. Dessa forma, apesar das críticas que os entrevistados fazem aos

saberes e práticas biomédicos, bem como a forma como ela é desenvolvida atualmente, eles agregam às suas práticas terapêuticas elementos daquele sistema. Tal situação é mais evidente nas entrevistas de Artemísia, Poaia, Macela e Mandacaru do que nas de Alecrim e Panacéia – e entre esses dois, mais evidente na entrevista de Panacéia.

Alecrim e Panacéia são os entrevistados mais expressivos da Medicina Popular devido à origem de seus conhecimentos, uso de recursos caseiros no tratamento de doenças e explicações fornecidas acerca do processo saúde-doença-cuidado. Ambos apontam, assim como Artemísia, Macela, Poaia e Mandacaru, situações em que a Biomedicina falhou no tratamento de doenças. No entanto, são os únicos que afirmam utilizar plantas medicinais não apenas em casos “banais” a exemplo de bronquite, gripe e febre – como apontam as outras entrevistados –, mas também em doenças graves como AIDS, câncer e cura de hipertensão e diabetes.

Alecrim e Panacéia contrapõem de forma explícita seus conhecimentos àquele gerado pela Biomedicina. Ambos comentam sobre a ausência de determinados tratamentos e possibilidade de cura no âmbito da Biomedicina e existência dessa possibilidade dentro da Medicina Popular. Ao descrever o exemplo em que isso ocorre, Alecrim pede para ser mantido em sigilo o nome da erva medicinal devido à possibilidade de alguma indústria farmacêutica patenteá-la:

*“[O médico prescreveu medicamentos, optei por substituí-los por ervas. O médico falou que eu era maluco por estar fazendo isso e me solicitou exames para ver como estava o problema. Eu falei que ia fazer, ele viu o resultado e disse]: ‘como é que tu conseguiu limpar essas veias desse jeito? (...) Quê que você tá tomando?’ Eu falei: ‘remédio de erva que eu conheço’ [tom enfático]. (...) Ai ele fez uma... um negócio sobre... é... uma tomografia também, da cabeça. Que antes, fez a tomografia, achou um quisto, começando um tumor. (...) Depois das ervas que eu tomei (...) [achou] só o sinal. (...) Ele falou: ‘cadê o tumor que tava crescendo aqui? (...) Que milagre foi esse?’ (...) Ele ainda me perguntou qual o nome das ervas. Eu não dei porque são ervas nativas. Que... não existe em livro medicinal. Simplesmente tem uma coisa: se eu passo pra ele, ele vai e patentia. E*

*começa a ganhar dinheiro nas minhas costas [breve pausa]. Então eu não falo. Por isso que muitas das vez que tenho medo de passar os meus conhecimentos. Entendeu?” (Alecrim)*

Panacéia fez a seguinte afirmação:

*“só tem um remédio, só tem um remédio... Dois [pausa]. Um é difícil [de encontrar na mata], o outro é mais ou menos fácil. Um pro... [pra curar] bronquite, o outro é pro diabético. É o Capim... é o Capim-Português, que muitos conhece por Capim-Mulambo, que é pro diabético, e a casca do Óleo Vermelho curtido no vinho moscatel pro bronquítico. Só tem esses dois remédios que eu posso até ensinar outros remédios pra controlar, mas pra curar... (...) Não [existe outro remédio que cure] porque esse Óleo Vermelho, esse Óleo Vermelho, isso foi indicação de um preto velho que ensinou minha mãe. A minha mãe curou muita gente com aquilo, minha mãe passou pra mim as indicações, e eu com essas indicações já arrumei muita, mas muita [tom enfático] casca de Óleo Vermelho pros outros”.*

Esse trecho da entrevista de Panacéia mostra, de forma mais sutil que o de Alecrim, a contraposição à Biomedicina, uma vez que é sabido que a Diabetes é uma doença crônica, cujo uso de medicamentos sintéticos é contínuo e visa ao controle dos níveis de glicemia.

Panacéia e Alecrim confrontam suas sabedorias com o conhecimento oriundo da Biomedicina, porém, não ignoram tal racionalidade médica. Panacéia, apesar de discordar da forma como a medicina é praticada atualmente, acessa o SUS quando sofre acidentes graves; Alecrim se consulta no sistema público de saúde, mas opta por não seguir as orientações médicas porque não se sente seguro em utilizar os recursos sintéticos.

Dessa forma, o caráter de resistência da Medicina Popular, especialmente observado em Alecrim e Panacéia durante a pesquisa de campo, refere-se à preservação do aprendizado com antepassados, do caráter afetivo e da empatia necessários no cuidado em saúde, inclusão do meio ambiente e concepções próprias culturalmente reproduzidas nas explicações e práticas de Medicina Popular.

Nesse contexto, a singularidade do conhecimento e atuação de ambos explicitam a disputa permanente entre a Medicina Popular e outros sistemas médicos – especialmente a Biomedicina – pela hegemonia no cuidado à saúde.

Artemísia e Poaia, componentes do grupo situado no extremo oposto em relação ao anterior, construíram seus conhecimentos sobre ervas especialmente por meio de cursos de capacitação e com amigos e vizinhos. São as entrevistados que mais relativizam a Medicina Popular, pois incorporam, acentuadamente, em suas práticas terapêuticas orientações advindas da Homeopatia.

As entrevistados sinalizam a preferência por tal racionalidade médica porque, segundo elas, no âmbito dessa prática terapêutica a cura realmente ocorre, uma vez que é processada “de fora para dentro”. Além disso, somam-se as diversas experiências ruins com uso de medicamentos sintéticos.

No entanto, ambas agregam elementos da Biomedicina em suas práticas de cura. Apesar de preferir tratar-se com recursos naturais, Poaia faz considerações interessantes acerca da existência de princípios ativos, processos de somatização de doenças e da obtenção de conhecimentos em livros. Nesse sentido, ela mantém uma relação de sucessivos distanciamentos e aproximações com a Biomedicina, observada nos dois trechos selecionados à seguir:

*“Se eu tivesse levado ela [sogra] ao médico pra fazer todos os... todos os... [exames] ia diagnosticar que ela estava curada. Infelizmente eu não fiz isso, que foi um erro, né, foi um erro porque hoje eu teria os exames na mão pra... comprovar, né? Foi um erro, nós só temos... quem viu ela, né, nós só temos as testemunhas.”; “Eu digo parece [em relação à atuação do chá de alfavaca no corpo] porque eu não tenho base científica pra... dizer realmente ela faz isso.”*

Em ambos os trechos percebe-se a importância conferida aos critérios de validação do conhecimento biomédico como forma de avaliar e conferir veracidade à prática de Medicina Popular.

Artemísia comprou um aparelho de medir pressão e faz uso do mesmo sempre que alguém reclama sentir dor de cabeça na região da nuca. É interessante notar a articulação que ela faz entre seus saberes e o que aprendeu à partir da Biomedicina:

*“[...] pressão alta, dor de cabeça, né, aí fica preocupado se é na nuca... Aí eu já tinha o aparelho em casa, tá com dor de cabeça? Então se tá com dor de cabeça, o que é muito perigoso [tom enfático], dor de cabeça e a pressão tá alta demais, aí a gente vai logo ver se a pressão tá alta. E se não é pressão, aí dá logo remédio pro fígado. [risadas]. É... Porque aí se não melhorar, minha filha, vai lá procurar o SUS... [risadas].”*

É interessante observar que entre setores estaduais de saúde do MST há divergências quanto às possibilidades de articulação da Medicina Popular com outros sistemas de cura. Enquanto o setor de saúde do estado de São Paulo construiu diferentes parcerias com instituições acadêmicas e serviços de saúde, o setor de saúde do estado do Rio de Janeiro priorizou o fortalecimento da Medicina Popular presente nas áreas e introdução de elementos da Medicina Chinesa.

Macela e Mandacaru, numa posição intermediária, construíram seus conhecimentos por meio de cursos de capacitação, com amigos e vizinhos e à partir de práticas dos antepassados. Dessa forma, agregam saberes e recursos da Biomedicina e da Medicina Popular. Ambas enfatizaram em suas entrevistas a importância de se consultar com médicos frequentemente para verificação do “estado de saúde”, apesar de abordarem também as limitações da Biomedicina. Mandacaru destacou situações em que pacientes com câncer não obtiveram cura no sistema oficial de saúde e que procuraram sua ajuda para se curarem. Diferentemente de Alecrim, ela enfatizou que se o médico não conseguiu curar o paciente ela também provavelmente não o faria. No entanto, apresentou situações em que o tratamento empreendido pela Biomedicina causou a piora da doença, a qual foi curada pela Medicina Popular.

Macela abordou o aumento do uso de fitoterápicos manipulados em farmácias, o que segundo ela indica o reconhecimento das vantagens de plantas medicinais pela Biomedicina.

Somada à trajetória individual dos Agentes de Cura, verifica-se que atualmente estão sendo incorporados nas áreas do MST / RJ princípios e práticas da medicina chinesa por meio do Curso de Saúde promovido pelo setor de saúde do movimento. Baseando-se nessa racionalidade médica, são oferecidas orientações acerca de alimentação, exercícios físicos e respiratórios, uso de ervas medicinais e as práticas específicas de cura – shiatsu, moxabustão e acupuntura.

Dessa forma, a saúde entendida como prática social e, portanto, como campo serve ao propósito de compreender que os diferentes sistemas médicos em disputa na sociedade constituem um espaço no qual as suas práticas, requisitos para seu exercício e suas decisões políticas são interdependentes. Para o usuário, demandante de resoluções para seus problemas de saúde, a coexistência dos sistemas médicos traduz-se em “ofertas”, ou seja, diferentes possibilidades para resolução de seus problemas.

Helman <sup>53</sup> lembra que

“[...] embora esses modos terapêuticos coexistam, são, com frequência, baseados em premissas completamente diferentes, como a medicina ocidental na China ou a acupuntura chinesa no mundo ocidental moderno. Para a pessoa doente, contudo, a origem desses tratamentos é menos importante do que sua eficácia no alívio do sofrimento” <sup>53</sup> (p. 71)

O uso simultâneo de várias formas de terapia é comum em sociedades complexas, especialmente quando doenças graves estão em questão <sup>53</sup>. Esse autor define tal situação como formação de “redes terapêuticas”, em que os doentes situam-se no centro da malha conectada aos três setores de assistência à saúde por ele considerados – informal, popular e profissional. Os conselhos e tratamentos indicados circulam pela conexão das redes, podendo ser discutidos nos diferentes setores, tendo em vista as experiências e conhecimentos de cada um deles. “Dessa forma, as pessoas doentes fazem escolhas, não apenas entre tipos diferentes de curandeiros (dos setores informal, profissional ou popular), mas também entre os diagnósticos e as recomendações que *fazem sentido* para elas e as que não fazem” <sup>53</sup> (p. 96; grifo do autor).

Nesse contexto, o artigo “Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas”, de Miriam Cristina Rabelo <sup>89</sup>, é esclarecedor sobre os diferentes recursos existentes para se buscar alívio de algum problema. No texto em questão, a mãe de uma jovem com problemas mentais recorre a uma série de serviços

terapêuticos, inclusive cultos religiosos, em busca de uma solução para o sofrimento da filha. Procurou-se serviços psiquiátricos, oito casas de candomblé, uma igreja pentecostal e um centro espírita. Diferentes explicações sobre a doença foram fornecidas, assim como modos de enfrentá-la.

Considerando a hegemonia da Biomedicina no tratamento de problemas de saúde, os pacientes e líderes religiosos populares “negociam continuamente com o poder da medicina moderna de modo a garantir para si um espaço próprio de práticas e representações”<sup>89</sup> (p. 318).

Sem conseguir a cura definitiva para o problema da filha, a mãe da jovem descarta os tratamentos religiosos sugeridos ao longo do itinerário terapêutico mas permanece com as explicações adquiridas. Passa também a investir no tratamento psiquiátrico que nunca fora abandonado.

Apontado como “o conjunto de ações adotadas pelos doentes para lidar com a enfermidade”<sup>90</sup> (p. 111), os itinerários terapêuticos emergem nesse contexto de coexistência e disputa entre os diferentes sistemas médicos. Em geral as pessoas transitam livremente entre os diferentes sistemas terapêuticos de forma concomitante ou seqüencial, especialmente quando o alívio do desconforto não é alcançado em um ou outro<sup>53</sup>. A manutenção da vida justifica, por si só, a utilização de diferentes sistemas terapêuticos. Quando está ameaçada, as diversas possibilidades de cura são acessadas.

Spadacio<sup>91</sup> afirma que a diversidade de termos relacionados às Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), tais como medicinas tradicionais brasileiras, alternativas, complementares, integrativas e medicina de *folk*, indica não apenas o pluralismo médico existente, mas também a afirmação de outro referencial em relação à Biomedicina. Não é objetivo do presente trabalho discutir os termos acima referidos e suas diferenças conceituais. Entretanto, considerando que são práticas médicas diferentes e coexistentes na sociedade brasileira, notam-se relações com os movimentos de constituição e crise da Biomedicina – a medicina hegemônica dessa sociedade.

Segundo Helman<sup>53</sup> (p. 71), “na maioria das sociedades, uma dada forma de atenção à saúde – como a medicina científica no Ocidente – é elevada acima das outras formas, e tanto seus aspectos sociais quanto culturais são sustentados pela lei”. Nesse sentido, Stotz<sup>92</sup> afirma

que o caráter generalizante da Biomedicina leva à exclusão de racionalidades médicas alternativas ou concorrentes.

A Biomedicina, ou Medicina Ocidental Contemporânea, trata-se de uma racionalidade médica porque consiste em “um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais”. São eles: a) morfologia humana; b) fisiologia ou dinâmica vital; c) sistema de diagnósticos; d) sistema de intervenções terapêuticas; e) doutrina médica<sup>93</sup> (p. 101).

Camargo Jr.<sup>93</sup> aponta três características da Biomedicina, a de ser: generalizante, devido à produção de discursos com validade universal, não se ocupando de casos individualizáveis; mecanicista, uma vez que os modelos propostos tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana; e ter caráter analítico, pois é necessário o isolamento das partes para compreensão do funcionamento do corpo, tido como “máquina universal”.

O autor observa que na sociedade ocidental contemporânea há uma vertente econômica da Biomedicina devido à manutenção da força de trabalho e à relação com o complexo médico-industrial como eixo de acúmulo de capital. Há também outra dimensão dessa racionalidade médica que se refere ao poder disciplinar da medicina, como parte integrante do campo de poder na sociedade<sup>93</sup>.

Para o autor<sup>93</sup>, “a incorporação da anatomia patológica ao arsenal técnico-científico da medicina configura uma ruptura de tal importância que justifica a sua adoção como marco” (p. 109). Dessa forma, a medicina praticada a partir de então se torna uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Essas últimas deixam de ser vistas como um fenômeno vital e passam a ser encaradas como lesões celulares.

Nesse contexto, Barros (2000) citado por Spadacio<sup>91</sup>, afirma que as Medicinas Alternativas e Complementares, diferentemente da Biomedicina, colocam o sujeito doente como centro do paradigma médico, apontam que a relação médico-paciente é fundamental para a terapêutica, buscam meios terapêuticos simples, a autonomia do paciente e a saúde como centro do paradigma. Dessa forma, observa-se uma tensão permanente entre a Biomedicina e as MAC.

É notória na fala de alguns Agentes de Cura do MST a importância conferida à relação terapeuta-paciente e à centralidade do sujeito, e não da doença no processo de cura. Tais questões, abordadas apenas pontualmente por um ou outro profissional médico, contribuem para a utilização de outras práticas de cura pelos Agentes entrevistados. No entanto, outras questões particulares da Biomedicina – ou de sua organização institucional – também foram apontadas como relevantes para a escolha de diferentes opções de tratamento: dificuldade de acesso ao SUS, uso constante de medicamentos sintéticos, conhecimento mal distribuído sobre recursos terapêuticos biomédicos, ineficácia, ausência de observações acerca da natureza ou meio ambiente nas práticas e saberes, frágil capacidade de articulação com os saberes cotidianos dos pacientes.

Outra questão abordada durante o trabalho de campo sobre a relação entre a Medicina Popular e Biomedicina se refere ao caráter de ilegalidade conferido por essa última à primeira. Durante a pesquisa foram observadas dúvidas quanto à possibilidade legal de se vender remédios caseiros. Alecrim, Poaia e Mandacaru mostraram-se receosos quanto a essa prática devido às implicações legais.

Alecrim relatou também situações em que foi preso devido ao comércio de remédios que curam câncer e AIDS. É interessante notar que o relato desse Agente de Cura diz respeito a doenças de difícil manejo pela Biomedicina, sugerindo, em sua fala, a superioridade da Medicina Popular.

Camargo Jr.<sup>93</sup> salienta a existência de interlocuções variadas e sutis no desenvolvimento da Biomedicina na sociedade. A idéia de campo é reforçada, uma vez que complexas intermediações sociais podem ser percebidas no âmbito médico-sanitário. Uma dessas “táticas postas em jogo”, nas palavras do autor, se refere à denúncia de “rivais como praticantes de atividades perigosas, ao mesmo tempo que se alardeiam a eficácia e a segurança de suas próprias ações”<sup>93</sup> (p. 51). Dessa forma, há uma constante luta para “delimitar o espaço de intervenção nos corpos como monopólio médico, contra ‘curandeiros’ e ‘charlatães’”<sup>93</sup> (p. 52). Tal luta ocorre pela conquista e ocupação de diversos espaços, especialmente os legais. Busca-se o direito de determinar quem poderia ou não ser denominado médico e, portanto, exercer a profissão.

Carvalho <sup>94</sup>, em seu estudo de doutorado acerca do processo de mudança cultural com relação aos hábitos e práticas de saúde em São Paulo entre 1950 e 1980, observou que as transformações econômicas ocorridas na sociedade brasileira nesse período, dentre elas a estruturação / reestruturação do parque industrial e a criação / ampliação da “sociedade de consumo” levaram a uma série de mudanças na área da saúde.

No início desse período se amplia a repressão aos hábitos, práticas populares de saúde e aos curandeiros <sup>94</sup>. Há implementação de políticas de reeducação da população com a finalidade de impor novos hábitos e práticas próprios da medicina erudita. Simultaneamente a esse processo, ocorre um

“[...] paulatino movimento de incorporação, pela medicina erudita, dos conhecimentos populares de saúde comprovadamente eficientes, provocando um certo esvaziamento do campo da Medicina Popular e um aumento da legitimidade da medicina erudita perante a população” <sup>94</sup> (p. 16).

Sem aprofundar a discussão sobre o desenvolvimento dessa questão no âmbito legal brasileiro, cabe ressaltar que o Código Penal vigente no Brasil <sup>95</sup>, estabelece como crimes as práticas de charlatanismo e curandeirismo. A primeira é definida como “inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível” e a segunda como “I – prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância; II – usando gestos, palavras ou qualquer outro meio; III – fazendo diagnósticos” <sup>95</sup> (art. 283 e 284).

É interessante notar que a Medicina Popular não é referenciada explicitamente no Código Penal.

O uso da palavra “infalível” é curioso, pois a própria Biomedicina tem a pretensão de ser infalível por basear-se na ciência, a qual tem uma concepção determinística acerca do processo saúde-doença.

Apesar das considerações do Código Penal que desfavorecem a Medicina Popular, o Decreto 3551, de agosto de 2000 <sup>96</sup> institui o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial, ou seja, as práticas com plantas medicinais, consideradas bens de natureza imaterial, ganharam espaço no âmbito da cultura. Vale ressaltar que o referido decreto contribui para o fortalecimento dos conhecimentos tradicionais, mas não aborda a possibilidade de venda dos produtos caseiros.

Por fim, é importante salientar também que a aprovação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos <sup>40</sup> representou um marco histórico das políticas públicas brasileiras, uma vez que a biodiversidade do país é colocada como fonte de conhecimento e origem do processo de desenvolvimento tecnológico dos medicamentos de origem vegetal <sup>97</sup>.

Villas Bôas <sup>97</sup> salienta o incentivo dado pela PNPMF à revisão de conceitos e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nesse sentido, a posição assumida pelos representantes da Fiocruz no Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, derivado da PNPMF, baseia-se em três pontos centrais. Um deles refere-se à necessidade de “redefinição conceitual da fitoterapia, de forma a caracterizar os diferentes níveis de complexidade das práticas e produtos envolvidos com esta área do conhecimento” <sup>97</sup> (p. 312).

O primeiro nível, que é o de interesse do presente trabalho, se refere ao uso popular de plantas e por populações tradicionais. Deve ser protegido e isento de qualquer regulação sanitária, uma vez que pode ser considerado patrimônio cultural <sup>97</sup>.

Nesse contexto, observa-se que a legislação brasileira, de forma geral, não trata de forma clara o uso popular de plantas medicinais, sugerindo, ao mesmo tempo, possibilidade de cerceamento e fortalecimento das práticas.

#### **4.2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A HOMEOPATIA EM SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA POPULAR ESTUDADA**

Conforme abordado anteriormente, a Homeopatia foi apontada como um dos sistemas terapêuticos utilizados, ao lado da Biomedicina e da Medicina Popular.

Artemísia e Poaia foram as entrevistados que relataram com frequência vantagens da Homeopatia em relação à Biomedicina e preferência por utilizá-la em seus tratamentos – incluindo, no caso de Artemísia, o tratamento dos animais que cria e doenças de suas plantações. Artemísia fez curso de Homeopatia popular oferecido pela pastoral da saúde de

sua região. Aprendeu algumas noções e fundamentos desse sistema, bem como a escolha e preparação dos medicamentos utilizados. Poaia, no entanto, não fez o curso de Homeopatia popular mas conhece alguns elementos abordados por essa racionalidade médica devido às trocas de experiências e conversas nas diversas feiras e encontros que participa. O pouco que conhece foi suficiente para instigá-la a fazer o referido curso, porém, o fato de as aulas serem ministradas nos finais de semana dificulta sua participação porque são os dias em que a entrevistada frequenta a igreja.

A Homeopatia é guiada por uma cosmologia que integra homem e natureza numa perspectiva de macro e micro universos, postulando a integralidade do ser humano sob aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, o que repercute em sua doutrina médica e nos sistemas diagnósticos e terapêuticos <sup>73</sup>. Segundo a autora, a doença advém da ruptura do equilíbrio interno ou em relação ao meio no qual o sujeito se insere – natural, social e espiritual.

É interessante notar a proximidade da concepção de Alecrim sobre saúde e doença com a questão da harmonia na Homeopatia e o distanciamento da concepção do entrevistado com a Biomedicina, para a qual é impensável a compreensão da doença como ruptura das dimensões individual, social e espiritual. O entrevistado afirma que o uso de plantas medicinais é vantajoso em relação ao de medicamentos sintéticos porque *“você cura um lado e sempre mantendo um equilíbrio do seu corpo e da sua natureza em volta de você”* (Alecrim).

Compreender a saúde como equilíbrio e harmonia aponta para uma perspectiva dinâmica do processo saúde-doença. O meio ambiente, natural e social, adquire importância fundamental para o estabelecimento do “diagnóstico” popular e a terapêutica adequada.

Pagliario <sup>63</sup>, apontando algumas diferenças entre Homeopatia e Biomedicina, afirma que

“[...] enquanto a Homeopatia olha para o ser humano doente, a Biomedicina tende a olhar para um corpo ou um conjunto de sistemas mal funcionantes. O objetivo da Homeopatia é curar o indivíduo, restabelecendo-lhe a saúde ou expandindo-a, e da Biomedicina o desaparecimento da doença onde a partir do patológico se ensina a saúde” <sup>63</sup> (p. 34)

Em relação ao instrumento terapêutico utilizado, Pagliario <sup>63</sup> afirma que na Homeopatia o medicamento busca a reorganização das funções orgânicas e psíquicas como um todo. Com isso, a longo prazo os sujeitos tornam-se menos dependentes dos medicamentos sintomáticos

que, na Biomedicina, são continuamente acrescentados e que “amparam situações muitas vezes provocadas pelos próprios medicamentos”<sup>63</sup> (p. 37).

Tal situação também representa um ponto de convergência com a Medicina Popular estudada, uma vez que todos os entrevistados enfatizaram o caráter paliativo e iatrogênico dos medicamentos sintéticos utilizados na Biomedicina.

Na Homeopatia a diagnose envolve elementos explicativos do adoecer situados no plano orgânico, circunstancial, sensorial, emocional, espiritual e do meio ambiente do ser humano, sua vida social e natural<sup>73</sup>. Dessa forma, a semiologia originada é “muito detalhada, bem como diversas técnicas de exame para obtenção de diagnóstico, todas dependentes do agir do terapeuta”<sup>73</sup> (p. 31 – grifo da autora). Nesse contexto, a autora afirma que a categoria de cura é entendida como restituição da saúde, ou seja, equilíbrio ordenado do sujeito.

A terapêutica na Biomedicina visa a eliminação ou controle da doença, sendo estratégicas as categorias de controle, erradicação e normalização dos sintomas. Embora aponte para a idéia de cura, esta perde importância face à de normalidade<sup>73</sup>.

A autora observa que

“[...] além da divergência sobre o que é cura, há também a divergência sobre o que curar, e como considerar que há cessação ou redução de sintomas. No caso das medicinas tradicionais, a questão do sofrimento dos sujeitos, e da busca de alívio desse sofrimento, comanda a orientação sobre a terapêutica, caracterizando-as basicamente como arte de curar ou ‘aliviar sofrimento’. Há aí uma orientação que se poderia chamar, em princípio, de subjetivista, contrastante com a orientação objetivista da medicina ocidental contemporânea, para a qual a eliminação da entidade, ou ao menos seu controle, é o fundamental. É sobretudo por isso que a dimensão da diagnose é predominante sobre a da terapêutica na racionalidade médica ocidental”<sup>73</sup> (p. 33)

Nesse sentido, é interessante observar que para Artemísia, Panacéia, Alecrim e Mandacaru a idéia de cura está ligada à emergência de secreções, diferentemente do que se objetiva na Biomedicina. A terapêutica biomédica, uma vez relativizada, influencia o relato dos entrevistados de que a maior vantagem do SUS é a possibilidade de obtenção de diagnósticos. Dessa forma, soma-se à explanação de Luz<sup>73</sup> o particular descrédito – e em alguns casos aversão – dos entrevistados em relação aos medicamentos sintéticos e objetivos da terapêutica, bem como os sinais de sua eficácia.

### 4.3 ATENÇÃO À SAÚDE DOS ASSENTADOS PELOS AGENTES DE CURA

A partir de reflexões de Luz <sup>88</sup> sobre a relação entre medicinas complementares e as distintas racionalidades médicas, Pagliaro <sup>63</sup> lembra que a eclosão daquelas medicinas é parte de um processo de re-significação acerca do processo saúde-doença e, mais amplamente, à vida coletiva na sociedade contemporânea. De acordo com a autora,

“[...] são valores que indicam uma ética contrária, em alguns dos seus aspectos, – à ética capitalista dominante na medida que incentivam a autonomia e a aproximação com o próprio corpo; promovem uma aproximação com a natureza e o meio ambiente; repõem o sujeito doente como centro do paradigma médico; apresentam meios terapêuticos, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população; e afirmam medicinas que tenham como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença” <sup>63</sup> (p. 29).

No caso da Medicina Popular estudada em áreas do MST, os Agentes de Cura ressaltaram a importância do interesse e disponibilidade do terapeuta em relação à saúde dos sujeitos que lhe procuram. Como diz Panacéia,

*“parece que o amor que eu arrumo o remédio pra pessoa parece que ajuda o remédio ser bom. (...) Porque quando você [o paciente] fala que tá sentido alguma coisa, você [o Agente de Cura] se preocupa e arruma o remédio pra pessoa com aquele amor tão grande, que a gente [o paciente] também toma com uma fé tão grande e acaba sendo curado. Pra você ver. Então tudo, tudo, tudo a pessoa tem que ter... tem que ter a capacidade para fazer e tem que ter o amor também para fazer”.*

Observa-se, nesse trecho, a importância não só do conhecimento acerca da planta medicinal – ou de uma tecnologia, no contexto da reflexão empreendida por Cecilio <sup>98</sup> que será abordada adiante –, mas também a essencialidade do vínculo afetivo e efetivo com o Agente de Cura.

Na maioria das vezes, o Agente conhece as relações familiares, parte dos conflitos vivenciados e as condições de vida de quem lhe procura buscando tratamento. Além disso, compartilham pensamentos, crenças sobre a origem, significado e o tratamento dos problemas

de saúde. Vivem a mesma situação de classe, enfrentando as dificuldades e angústias de se morar em assentamento – ou pré-assentamento – e as implicações que isso representa no cotidiano, como o acesso às políticas públicas de saúde, educação, créditos para produção e moradia, mercado para escoamento da produção e infra-estrutura habitacional. Com isso, uma “consulta” não se restringe à doença em si; é um momento de troca de experiências, informações, de diálogo sobre a situação em que se encontram e de fortalecimento da luta que empreendem.

Para Young <sup>56</sup> (p. 24), “na medida em que a doença grave é um evento que desafia o significado do universo, as crenças e práticas médicas *organizam o evento num episódio* que lhe confere forma e significado” (grifo do autor).

Dessa forma, é evidenciada a importância da concepção do processo saúde-doença-cuidado que garante a continuidade das tradições médicas que atuam sobre os estados “biológicos indesejáveis, produzindo resultados já esperados, e porque representam maneiras eficazes de lidar com fatos desestruturadores cuja persistência não pode ser consentida” <sup>56</sup> (p. 5). Nesse caso, as terapias possuem dupla função. Permitem a cura de doenças e a definição e atribuição de formas culturalmente reconhecíveis aos diversos tipos de doenças.

A eficácia das intervenções é percebida não só quando é produzido o que as pessoas desejam, como também quando são observados resultados previsíveis que atendam às expectativas da pessoa doente e de seus parentes.

Os Agentes de Cura, de diferentes maneiras, de forma mais ou menos acentuada, mostraram que não se contentam com atendimentos que favorecem a dependência em relação ao profissional de saúde e causam diversos danos devido às suas intervenções. Vários dos problemas percebidos no cotidiano, relacionados às suas condições de vida não são enfrentados nem discutidos junto à equipe de saúde, uma vez que o foco é principalmente o indivíduo.

A centralidade da alimentação, inclusão do meio ambiente e a ampla utilização de plantas medicinais na Medicina Popular favorecem tal sistema terapêutico nas áreas de assentamento e pré-assentamento. Para os Agentes de Cura, a natureza faz parte do ser humano, por meio de seus elementos fundamentais, e esse também integra a natureza. O enfoque que agrega vários aspectos da vida do demandante, como o relacionamento com

outras pessoas, com o ambiente natural e sintomas físicos e emocionais contemplam diferentes necessidades dos pacientes. Mesmo nos locais onde o acesso à Biomedicina, por meio do SUS, é relativamente fácil, a opção pela utilização de recursos naturais e tratamentos na comunidade persiste. Assim como Branquinho <sup>76</sup> observou em sua pesquisa sobre uso de plantas medicinais no município do Rio de Janeiro, há um talento para conhecer, herança de uma tradição cultural que remonta outras épocas e gerações; é um conhecimento, um saber que não é facilmente substituído por recursos terapêuticos sobre os quais os Agentes pouco conhecem.

Cecilio <sup>98</sup>, à partir das reflexões empreendidas por Stotz em sua tese de doutorado, observa que uma taxonomia possível para abordar as necessidades de saúde as organiza em quatro grandes grupos. O primeiro se refere à necessidade de se ter boas condições de vida, que pode ser entendido num sentido funcionalista, o qual enfatiza os fatores externos na determinação do processo saúde-doença; é representado por Leavell e Clark, com a História natural da doença. Outra formulação acerca das boas condições de vida advém de autores de vertente marxista – como Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh –, que enfatiza “os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer” <sup>98</sup> (p. 114) O segundo conjunto de necessidades de saúde se refere à se ter “acesso e se poder consumir toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida” <sup>98</sup> (p. 114). Tecnologia deve ser entendida como sendo leve, leve-dura e dura, e que em cada momento singular que se vive uma é mais importante que outra. O terceiro grupo de necessidades se refere à criação de vínculos (a)efetivos entre usuários e equipe ou profissional. Tal vínculo “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” <sup>98</sup> (p. 115). O último conjunto de necessidades se refere à necessidade das pessoas possuírem graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida. Nas palavras do autor, “a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível” <sup>98</sup> (p. 115).

Morar em áreas organizadas pelo MST implica vivenciar diariamente as implicações na saúde da dificuldade de moradia adequada, produção, lazer e educação. Inevitavelmente, a

luta pela saúde passa pela luta pela Reforma Agrária – contemplando os direitos acima mencionados. A Medicina Popular, ao articular questões mais amplas do que a doença propriamente dita do plano individual, contempla discussões e intervenções nas necessidades de saúde do grupo em questão. Paralelamente, a Homeopatia, que também agrega elementos para além das alterações fisiopatológicas, vem ganhando espaço no escopo das práticas em saúde em áreas MST do Rio de Janeiro.

Dessa forma, observa-se que a Medicina Popular favorece o enfrentamento das condições adversas de vida, evidenciadas pelo esforço de se estar acampado e, posteriormente, viver anos num estágio intermediário de falta de recursos para o aumento da produtividade e sustentação da produção e comercialização. A troca de experiências sobre a forma de se produzir e sobre ervas medicinais, além do fortalecimento da sabedoria advinda de pais e avós, contribui para a autonomia discutida por Cecilio <sup>98</sup>. Decidir sobre quais alimentos devem ser produzidos, a forma de produzi-los e possibilitar a organização das famílias visando à garantia do escoamento da produção representa a escolha por um “modo de se viver”.

A convivência com os usuários, conhecimento sobre suas condições de vida e moradia e concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado é essencial para o enfrentamento das necessidades sociais de saúde. Isso torna-se extremamente importante, num momento em que

“[...] em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas, e estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isso, sejam sentidas” <sup>62</sup>  
(p. 287)

Vale lembrar que o MST incentiva o uso de plantas medicinais no âmbito da Medicina Popular, mas luta pela efetivação do SUS enquanto direito, garantido mediante o acesso dos assentados ao sistema e a um atendimento integral e de qualidade. É reforçada a idéia de que a saúde, mais do que uma escolha individual, é um direito social.

O acesso ao SUS refere-se diretamente à satisfação do segundo conjunto de necessidades de saúde, que é o acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida. No entanto, como enfatiza Cecilio <sup>98</sup>, o Sistema Único de Saúde deve se responsabilizar e

estar preparado para o enfrentamento das diferentes necessidades de cada pessoa, que são “travestidas” em demandas específicas.

Apesar disso, Stotz <sup>62</sup> alerta que enfrentar as necessidades de saúde não satisfeitas da população trabalhadora é um dos desafios para o SUS. Para isso,

“basear a organização de um sistema de saúde na dialética da satisfação das necessidades é admitir que essas necessidades são construídas e que essa construção se faça com base não apenas na multiplicidade dos atores, mas igualmente nos milhares de itinerários terapêuticos das pessoas comuns em busca de alívio para o seu sofrimento e tratamento para suas doenças e incapacidades. Por isso mesmo, a organização de um sistema de saúde com base nas necessidades de saúde expressa o ponto de vista de uma proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social” <sup>62</sup> ( p. 288).

Sintetizando, os desafios *para* e *do* SUS, apontados pelo autor, se referem ao predomínio, no âmbito do sistema, de interesses contrapostos aos princípios da Reforma Sanitária e da saúde enquanto direito constitucional. Além disso, os interesses privados que influenciam o modo de financiamento das ações em saúde são favorecidos pela segmentação do sistema. A atenção à saúde tem baixa resolubilidade diante das necessidades de saúde da população e centra-se na ótica curativa individual. Compõe o cenário o autoritarismo típico da cultura sanitária e médica, que não reconhece o saber da população <sup>62</sup>.

Além dessas considerações, vale salientar a afirmação de Cimblaris <sup>12</sup> de que um dos mais difíceis problemas a ser resolvido em relação ao sistema público de saúde para o campo é a inadequação de um modelo urbano de assistência para o meio rural. Segundo a autora, é mais importante adaptá-lo e reconhecer as diferenças entre os territórios de atuação do que simplesmente estendê-lo à população do campo.

Em que pese a dificuldade de articulação entre a Medicina Popular e a Biomedicina, evidenciada por Alecrim e Panacéia, e a preferência pela Homeopatia por Artemísia e Poaia, a construção de uma Política Pública que atenda à população do campo é um grande desafio. Os espaços de diálogo e negociação devem ser ampliados, a realidade local deve servir de guia para a implantação de serviços e os profissionais de saúde devem primar pela construção compartilhada do conhecimento visando à construção de um projeto de saúde problematizador da hegemonia do modelo Biomédico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os objetivos específicos estabelecidos no início da pesquisa, observa-se que o primeiro – identificar os problemas de saúde atendidos nos assentamentos / acampamentos – não foi alcançado durante o trabalho de campo.

Os relatos dos Agentes de Cura sobre tais tópicos foram superficiais, evasivos e não enfatizaram quais os problemas de saúde motivam os assentados a lhes procurarem.

O fato de não ter sido presenciado nenhum atendimento, associado à distância entre as famílias, o que dificulta inclusive a atuação dos Agentes de Cura de forma mais constante, foi um limite para a reflexão da pesquisadora sobre as práticas e as falas dos mesmos.

A dificuldade em atingir o primeiro objetivo específico também se relaciona à minha profissão como farmacêutica. As respostas evasivas mostram uma atitude defensiva dos entrevistados, o que se deve ao fato de exercerem uma “medicina não autorizada” que pode implicar punições legais. Expor detalhes de suas atividades atuais enquanto Agentes de Cura, como os problemas de saúde que mais atendem, para uma profissional que é legalmente legitimada para produção de medicamentos que interfiram no processo saúde-doença pode ter efeitos danosos.

Apesar de algumas normativas favorecerem o uso popular de plantas medicinais no Brasil, como o decreto que institui o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o Código Penal brasileiro prevê os crimes de charlatanismo e curandeirismo. Observa-se, dessa forma, que a legislação brasileira não trata de forma clara o uso popular de plantas medicinais, sugerindo, ao mesmo tempo, possibilidade de cerceamento e fortalecimento das práticas.

A variedade de municípios ofertando ações e serviços com plantas medicinais, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica levou à necessidade de formulação de uma política pública específica <sup>44</sup>. Somado às demandas da OMS e da população brasileira pela valorização das práticas tradicionais e populares, foi aprovada em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares <sup>44</sup>.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que contempla diretrizes para o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, foi decretada em seguida <sup>44</sup>.

A RDC 10 <sup>47</sup>, mais recente normativa sobre a produção, distribuição e o uso de drogas vegetais, visa construir um “marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas pela sociedade civil” <sup>47</sup> (p. 52), garantindo a segurança, eficácia e qualidade dos produtos.

Apesar de estar voltada para a indústria farmacêutica e empresas produtoras e distribuidoras de drogas vegetais, as orientações da RDC 10 podem auxiliar os diversos profissionais <sup>48</sup> e Agentes de Cura nas informações para os usuários.

No entanto, para além dos marcos regulatórios estatais, verifica-se que o uso de plantas medicinais desenvolve-se por meio de particulares concepções do processo saúde-doença-cuidado, o que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde quando busca-se uma integração entre os saberes próprios dos usuários e aqueles oriundos da formação biomédica.

A configuração de um Agente de Cura nas áreas do MST não se dá apenas pela sabedoria que o mesmo tem acerca de plantas medicinais. Tais sujeitos, formados e legitimados pela prática, e não pelo estudo em instituições acadêmicas, são também pessoas de referência para a resolução de conflitos que surgem e suas opiniões sobre diversos assuntos são valiosas. Além disso, geralmente têm uma história relativamente antiga no movimento, desempenham – ou desempenharam – funções de dirigentes nas áreas, têm filhos e já vivenciaram situações delicadas de saúde.

O uso de plantas medicinais nos assentamentos e pré-assentamento pesquisados inscreve-se nas práticas de Medicina Popular, que embora seja heterogênea e polissêmica, apresenta elementos comuns que permitem caracterizá-la como um sistema médico não formal.

Refletir sobre tais práticas por meio da Educação Popular e das Representações Sociais sob a abordagem da psicossociologia permite compreendê-la em sua relação com a situação-limite dos assentados, marcada pelas dificuldades da apropriação da terra no sistema capitalista, bem como a tentativa de sua superação.

O conhecimento sobre plantas medicinais e as concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado estão em constante interação; as propriedades medicinais de plantas e os efeitos observados no corpo marcam as concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado e tais formulações implicam a escolha de um ou outro recurso terapêutico.

Alguns elementos constituintes da Medicina Popular nas áreas estudadas foram notados. O primeiro, a *experimentação própria*, inclui tentativas e erros, aprendizado com antepassados e observação de animais.

É interessante ressaltar que apesar da experimentação ser algo comum entre os entrevistados, alguns usos e precauções variam entre os mesmos, denotando a diversidade do conhecimento.

A ampliação do conhecimento sobre plantas medicinais, apesar de ser estimulado pelo setor de saúde do movimento, apresenta várias limitações. Dentre elas destacam-se a preferência de alguns assentados por recursos biomédicos para tratamento de doenças, a falta de interesse dos jovens em aprender com os mais velhos e a organização dos assentamentos formados, uma vez que as famílias se distanciam devido à separação dos lotes.

O segundo elemento refere-se às *plantas medicinais como principal recurso terapêutico da Medicina Popular estudada*. A terra, tida como referencial de vida para os entrevistados, possibilita melhores condições de vida do que as que se tinha anteriormente. É tratada com respeito, e os recursos originados diretamente dela passam a receber atenção e preferência.

Rocha <sup>72</sup> afirma que a relação com a natureza tende a ser harmônica e de auxílio. É importante que os rituais curativos se façam em sintonia com os fenômenos naturais, como as fases lunares, estações do ano e diferentes horas do dia.

Os entrevistados apontaram a importância de se fazer uma correta identificação de plantas, preparo dos remédios caseiros, modos de colheita / coleta e fases lunares apropriadas para o manejo de plantas medicinais.

O terceiro elemento diz respeito às *morbosidades, que indicam as concepções sobre etiologia, eficácia e recursos terapêuticos*.

Em relação às causas das doenças, os Agentes de Cura apontaram para os âmbitos individual, natural e social.

Foi enfatizado que o contexto dificulta a adoção de hábitos e escolhas tidos como corretos pelos profissionais de saúde.

Também chamou-se atenção para os aspectos relacionados ao meio ambiente, precárias condições de vida e infecções por microrganismos. Os problemas familiares e com vizinhos, frustrações com a morosidade do processo de formação de assentamentos, decisões desfavoráveis do setor público e criminalização do movimento social também foram citados como causadores de diversos problemas de saúde.

A articulação dos três níveis empreendida pelos Agentes de Cura para explicação das causas de doenças é valiosa porque aborda aspectos físicos, estruturais, psicológicos, comportamentais e do meio ambiente no processo de adoecer.

A alimentação é uma questão central da Medicina Popular. Relaciona-se tanto ao adoecimento quanto à recuperação da saúde. São feitas considerações acerca de alimentos fortes / fracos, frescos, reimosos e quentes / frios. Além disso, o incentivo do MST para produção agroecológica e discussão sobre Soberania alimentar enfatizam a importância da alimentação na luta pela Reforma Agrária.

Os entrevistados também foram enfáticos quanto ao perigo de se usar químicas sintéticas, tanto em alimentos – agrotóxicos – como em medicamentos.

A fé e o amor quando se utiliza ou produz um remédio caseiro foram apontados como essenciais para o efeito benéfico dos mesmos. Nesse sentido, nota-se que a eficácia terapêutica possui um conteúdo simbólico. Ela é resultante de um efeito farmacológico sobre o sujeito, mas também deriva da ação que engendra no contexto específico de uma determinada cultura <sup>14, 56</sup>.

Problemas dos nervos foram apontados pelos entrevistados como importantes elementos do processo de adoecimento. Os principais causadores de tais problemas são as relações sociais problemáticas.

A limpeza, vocábulo polissêmico da Medicina Popular, é entendida como asseio, retirada de secreções do corpo, de energias ruins e como parte integrante do ciclo da terra.

Enquanto higiene, a limpeza é ressaltada pelos Agentes de Cura como elemento essencial para evitar verminoses, intoxicação alimentar, pediculose, escabiose e outros problemas de pele.

Em relação à emergência de secreções do corpo, há uma forte associação com a idéia de sangue sujo ou sangue ruim. Proceder a limpeza, nesses casos, é essencial para a recuperação da saúde. É importante perceber a saída da morbosidade, que se traduz em feridas, pequenas hemorragias e purgação. Nesse caso, observam-se diferenças importantes entre o saber da Medicina Popular e aquele construído pela Biomedicina, hegemônica no SUS. Enquanto para o primeiro a ocorrência de hemorragias pelo nariz e ouvido e presença de pus na urina podem significar um processo que levará à cura, para o último são sinais de alerta.

Dessa forma, se não há espaços de discussão e articulação entre os saberes da Medicina Popular e da Biomedicina, os problemas de saúde tendem a se agravar e possivelmente não serão “captados” pelos profissionais de saúde. A mediação entre saberes é urgente e delicada.

Os diferentes conhecimentos, estando em diálogo, têm a possibilidade de enfrentar de forma mais efetiva os problemas de saúde da população pois preencheriam lacunas de conhecimento de ambos.

Entretanto, assumindo que a convivência entre os sistemas médicos não é harmônica e que estão em permanente disputa pelo monopólio do cuidado, percebe-se que a articulação entre eles é um grande desafio.

A coexistência com outros sistemas médicos na sociedade brasileira favorece disputas entre eles pelo monopólio do cuidado. Nesse caso, a saúde compreendida enquanto prática social permite refletir sobre o campo em que está inserida. Sob o ponto de vista dos usuários, o campo da saúde mostra-se como um “leque de ofertas”, possibilitando a construção de diferentes itinerários terapêuticos. Nesse contexto, o monopólio de um único sistema nunca é completo e permanente.

Os Agentes de Cura, baseados na origem e construção de seus conhecimentos sobre plantas – e sobre Medicina Popular – têm diferentes posicionamentos em relação à

Biomedicina, Sistema Único de Saúde, medicamentos sintéticos e outros sistemas médicos. Os Agentes mais expressivos da Medicina Popular são aqueles que mais discordam da medicina hegemônica no SUS e que menos vislumbram possibilidades de articulação entre a mesma e as práticas populares dos assentados.

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as condições de vida e moradia dos usuários, além de suas concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado para o enfrentamento das necessidades sociais de saúde.

Para que a política de saúde para a população do campo seja acolhida pelos usuários e proporcione melhorias na situação de saúde dos mesmos, são necessários espaços de diálogo para discussão dos problemas de saúde e seus diferentes enfrentamentos.

A criatividade dos atores sociais envolvidos – num contexto intersetorial – e um olhar atento sobre as questões locais apresentadas também é essencial para a construção de melhores condições de vida da população rural.

## REFERÊNCIAS

- 1 Rodrigues AGR. **Plantas Medicinais e Fitoterapia na Saúde Pública**. II Congresso de Fitoterápicos do Mercosul . VI Reunião da Sociedade Latinoamericana de Fitoquímica. Belo Horizonte, 2008.
- 2 Junior AAA, Silva AF, Fonseca MCM. Conhecimento tradicional do uso medicinal das plantas. **Informe Agropecuário**. 31 (255): 20-26. Mar/Abr 2010.
- 3 Pilla MAC, Amorozo MCM, Furlan A. Obtenção e uso das plantas medicinais no distrito de Martim Francisco, Município de Mogi-Mirim, SP, Brasil. **Acta bot. bras.** [periódico na internet]. 2006 [acesso em 12 dez 2008]; 20 (4): 789-802. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abb/v20n4/05.pdf> >.
- 4 Rodrigues VEG, Carvalho DA. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no domínio do cerrado na região do Alto Rio Grande – Minas Gerais. **Ciênc. Agrotec.** [periódico na internet]. 2001 [acesso em 12 dez 2008]; 25 (1): 102-23. Disponível em: < [http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/recursos/FLO\\_Etnob\\_Cerrado\\_MGID-0zWHltLEGY.pdf](http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/recursos/FLO_Etnob_Cerrado_MGID-0zWHltLEGY.pdf) >.
- 5 Rodrigues VEG. **Etnobotânica e florística de plantas medicinais nativas de remanescentes de floresta estacional semidecidual na região do Alto Rio Grande, MG [tese]**. Lavras (MG): Universidade Federal de Lavras, 2007.
- 6 Botrel RT, Rodrigues LA, Gomes LJ, Carvalho DA, Fontes MAL. Uso da vegetação nativa pela população local no município de Ingaí, MG, Brasil. **Acta bot. bras.** [periódico na internet]. 2006 [acesso em 12 dez 2008]; 20 (1): 143-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abb/v20n1/14.pdf>.
- 7 Ricardo LM. **Uso de plantas medicinais: entre as dificuldades de acesso ao Sistema Único de Saúde e resistência à biomedicina [trabalho de conclusão de especialização]**. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, 2009.
- 8 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Organização**. Acesso em: 06 set 2009. Disponível em: < <http://www.mst.org.br/taxonomy/term/330> >.
- 9 **Conferência Nacional de Saúde**. 12ª, 2003. Relatório eletrônico. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf) >. Acesso em: 30 julho 2009.
- 10 Gaia MCM. **Saúde como prática da liberdade: as práticas de famílias em um acampamento do MST e o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde [dissertação]**. Belo Horizonte (MG): Centro de Pesquisa René Rachou – Fiocruz, 2005.
- 11 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Coletivo Nacional de Saúde do MST. **Relatos das Experiências em Saúde. Movimento Sem Terra – MST**; 2005.

- 12 Cimbleiris A. **Utilização de plantas medicinais no assentamento Ho Chi Minh (MG), do MST: pesquisa-ação [dissertação]**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- 13 Loyola MA. **Médicos e curandeiros – conflito social e saúde**. São Paulo: Difel; 1984.
- 14 Amorozo, M.C.M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi, L.C. **Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- 15 Stotz EN, David HMSL, Wong Un JA. Educação Popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**; 2005. p. 1-23.
- 16 Borrás Jr. SM, McKinley T. O debate não resolvido da Reforma Agrária: para além de modelos comandados pelo Estado ou pelo Mercado. **International Policy Centre for Inclusive Growth. Research Brief**. n 2; Nov 2006. Disponível em: < <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCPolicyResearchBrief2.pdf> >. Acesso em: 18 julho 2009.
- 17 Visbiski VN, Neto PHW, Santos AL. Uso popular das plantas medicinais no assentamento Guanabara, Imbaú - PR. Publ. **UEPG Ci. Exatas Terra, Ci Agr. Eng.**, Ponta Grossa, 9 (1): 13-20 abr. 2003. Disponível em: < <http://www.uepg.br/Propesp/publicatio/exa/2003/02.pdf> >. Acesso em: 18 julho 2009.
- 18 Bergamasco SM, Norder LAC. **Assentamentos rurais**. São Paulo: Brasiliense, 1996. 87 p. Coleção Primeiros Passos.
- 19 Hackbart, R. **A atualidade do Estatuto da Terra**. Sem data. Disponível em: < [http://www.incra.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=251&Itemid=273](http://www.incra.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=251&Itemid=273) >. Acesso em 29 julho 2009.
- 20 Freire, AMA. 2006. **Por que Reforma Agrária?** Disponível em: < <http://www.mst.org.br/mst/pagina.php?cd=532> >. Acesso em: 27/07/2009.
- 21 Stédile, J.P. **A Questão Agrária no Brasil**, 8ª edição. São Paulo: Atual, 1997.
- 22 Medeiros, LS. Os trabalhadores rurais na política: o papel da imprensa partidária na constituição de uma linguagem de classe. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 4. p. 50-65, jul 1995.
- 23 Romano, JO. Discurso religioso e imaginário na luta pela terra. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 4. p. 66-77, jul 1995.
- 24 Fernandes BM. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes ; 2000
- 25 Giuliani, G.M.; Castro, E.G. Recriando espaços sociais: uma análise de dois assentamentos rurais no Estado do Rio de Janeiro. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 6. p. 138-169, jul 1996.
- 26 Economia – IBGE. **Censo Agropecuário, 2006**. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 07 out 2009.

27 Brasil. Portaria 2607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o **Plano Nacional de Saúde / PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil**. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM\\_2607.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf) >. Acesso em: 29 julho 2009.

28 Girardi, E.P. **Proposição teórico-metodológica de uma Cartografia Geográfica Crítica e sua aplicação no desenvolvimento do Atlas da Questão Agrária Brasileira [tese]**. Presidente Prudente (SP): Universidade Estadual de São Paulo, 2008. Disponível em: < <http://www4.fct.unesp.br/nera/atlas/> >. Acesso em 29 julho 2009.

29 Júnior AT. A classe trabalhadora no Brasil e os limites da teoria – qual o lugar do campesinato e do proletariado? In: Fernandes BM. (Org.) **Campesinato e agronegócio na América Latina: a questão agrária atual**. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 275-302.

30 Carneiro MJ. Agricultores familiares e pluriatividade: tipologias e políticas. In: Costa LFC, Bruno R, Moreira RJ. (Org.) **Mundo rural e tempo presente**. Rio de Janeiro: Mauad; 1999. p. 325-344.

31 Neves, D.P. Assentamento rural: confluência de formas de inserção social. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 13. p. 5-28, out 1999.

32 Castro EG. A escolarização nos assentamentos rurais: uma caracterização comparada. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 12. p. 80-103, abr 1999.

33 Albuquerque, C.C.S.; Castro, A.J.W.; Roas, R.J. 2000. **Análise situacional de saúde para assentados da Reforma Agrária**. Nead-MDA, Brasília, 61p. Disponível em: < <http://www.nead.org.br/index.php?acao=biblioteca&publicacaoID=194> >. Acesso em: 06 agosto 2009.

34 Carneiro, F.F. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias-frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005 [dissertação]**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

35 Heredia, B; Medeiros, L; Palmeira, M; Cintrão, R; Leite, S.P. Análise dos impactos regionais da reforma agrária no Brasil. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n. 18. p. 73-111, abr 2002.

36 Brasil. Portaria 719 de 16 de abril de 2004. **Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra**. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0719\\_16\\_04\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0719_16_04_2004.html) >. Acesso em 31 julho 2009.

37 Brasil. Portaria 2460 / GM de 12 de dezembro de 2005. **Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra**. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460\\_12\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460_12_12_2005.html) >. Acesso em 31 julho 2009.

38 Brasil. Portaria 1432 de 14 de julho de 2004. **Dispõe sobre a inclusão, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo), a população assentada entre os anos 2000 e 2003, e dá outras providências**. Disponível em: < <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Portaria%20n%BA%201432%20de%2014jul04%20-%20PAB%20Assentados.pdf> >. Acesso em 1 agosto 2009.

- 39 Brasil. Portaria 1434 de 14 de julho de 2004. **Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1434\\_14\\_07\\_04.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf)>. Acesso em 1 agosto 2009.
- 40 Brasil. Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreto\\_Fito.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreto_Fito.pdf)>. Acesso em 1 agosto 2009.
- 41 Andrade, P.A.; Nagy, M.R. **Saúde e qualidade de vida no campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da CONTAG e dos (as) participantes do MST. [trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Coletiva – educação em saúde].** Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, 2004.
- 42 Giovanella, L. Estratégia e Poder no Planejamento em Saúde. In: Fleury, S. **Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 229.
- 43 Freire P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 47 ed; 2005.
- 44 Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica. **InfoDab 2010**; 7 out 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plantas\\_fitoterapia\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plantas_fitoterapia_ab.pdf)> Acesso em: 1 março 2011.
- 45 Rodrigues AG, De Simoni C. Plantas Medicinais no contexto de políticas públicas. **Informe Agropecuário.** 31 (255): 7-12. Mar/Abr 2010.
- 46 Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 971 de 3 de maio de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.**
- 47 Brasil. **Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 10 de 10 de março de 2010.** Diário Oficial da União, seção I, edição 46.
- 48 Carvalho ACB, Silveira D. Drogas vegetais: uma antiga nova forma de utilização de plantas medicinais. **Brasília Med,** 48 (2): 219-237. 2010.
- 49 14 Verger PF. **Ewé: o uso de plantas na sociedade iorubá.** São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
- 50 Herzlich, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis,** v.14, n.2, p. 383-394, 2004.
- 51 Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV; Stotz EN (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** 2 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 16-26.
- 52 Samaja J. **A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida.** Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

- 53 Helman C. **Cultura, Saúde e Doença**; tradução de Claudia Buchweitz e Pedro M Garcez. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 54 Minayo, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 4, n. 4, p. 363-81, out-dez 1988.
- 55 Barros, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**. v.11, n.1, p. 67-84, 2002.
- 56 Young, A. Some implications of medical beliefs and practice for social anthropology. **American Anthropologist**, 78, 5 – 24, 1976.
- 57 VÍctora, C.G.; Knauth, D.R.; Hassen, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- 58 Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 59 Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, 9(3): 300-308, jul/set, 1993.
- 60 Spink MJ. Apresentação. In: Spink MJ. (Org.) **O conhecimento no cotidiano – as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 7-15.
- 61 Sá CP. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ. (Org.) **O conhecimento no cotidiano – as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 19 – 45.
- 62 Stotz EN. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de texto**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 284-299.
- 63 Pagliaro GE. **Prática Homeopática e educação popular: pauta para um diálogo**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz; 2004.
- 64 Freire, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão, C.R. (Org.). **Pesquisa Participante**. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- 65 Whyte WF. **Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada**. Tradução Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
- 66 Bourdieu P. A ilusão biográfica. In: Ferreira MM, Amado J. (Org.) **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1996.
- 67 Oliveira, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- 68 Haguette TMF. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 69 Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. **Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

- 70 Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Deslandes, S.F.; Gomes, R.; Minayo, M.C.S (Organizadora). **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- 71 Bardin L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2010.
- 72 Rocha JM. Como se faz medicina popular. Petrópolis: Vozes; 1985.
- 73 Luz MT. **VI Seminário do projeto racionalidades médicas**. Série: estudos em saúde coletiva, nº 140. Rio de Janeiro: Uerj - Instituto de Medicina Social. 1996
- 74 Rodrigues AG, Andrade FMC, Coelho FMG, Coelho MFB, Azevedo RAB, Casali VWD. **Plantas Medicinais e Aromáticas: etnoecologia e etnofarmacologia**. Viçosa: UFV, Departamento de Fitotecnia; 2002.
- 75 Arnous AH, Santos AS, Beininger RPC. Plantas medicinais de uso caseiro – conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista espaço para a saúde** [periódico na internet]. 2005 [acesso em 12 dez 2008]; 6 (2): 1-6. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n2/plantamedicinal.pdf>.
- 76 Branquinho FTB. **Da química da erva nos saberes popular e científico**. [tese de doutorado] São Paulo: Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1999.
- 77 MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento / Secretaria de Desenvolvimento Agropecuário e Cooperativismo. **Plantas Medicinais: orientações gerais para o cultivo – I**. Brasília; 2006.
- 78 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) / Setor Estadual de Saúde – MG. **Plantas Medicinais e Fitoterapia: do cultivo à utilização**. Série Saberes e Poderes do Povo. s / d.
- 79 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa (ASPTA), Instituto Giramundo Mutuando. **Agroecologia – notas introdutórias e análise de agroecossistemas**; 2008.
- 80 Petersen P, Silveira L. **Construção do conhecimento agroecológico: reflexões a partir da experiência da ASPTA no agreste da Paraíba**. In: Silveira L, Petersen P, Sabourin E. Agricultura familiar e agroecologia no semi-árido – avanços a partir do agreste da Paraíba. Rio de Janeiro: ASPTA; 2002. p 123-35.
- 81 Associação Nacional de Cooperação Agrícola (ANCA). **Segurança Alimentar e Nutricional – material para estudo e organização popular**; 2005.
- 82 Brandão CR. **Plantar, colher, comer: um estudo sobre o campesinato goiano**. Rio de Janeiro: Graal; 1981.
- 83 Magalhães C. Comida de comer, comida de pensar. **Revista Cadernos de Debate**, v. III. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP; 1995. p. 29-57.

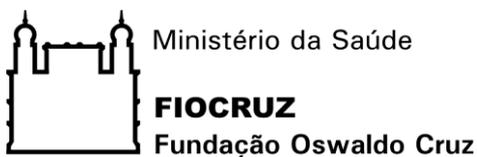
- 84 Fonseca MLG. Diferenças culturais entre profissionais de saúde e clientela acerca do Nervoso: da distância à compreensão da diversidade. **Revista de APS**. 12 (4): 468-77. Out/dez 2009.
- 85 Levigard YE, Rozemberg B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**. 20(6): 1515-1524, nov-dez, 2004
- 86 Bourdieu P. **Os usos sociais da ciência - por uma sociologia clínica do campo científico**; tradução Denice Barbara Catani. São Paulo: UNESP; 2004.
- 87 Loyola MA. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro; Graal, 1984.
- 88 Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 145-176; 2005.
- 89 Rabelo MC. Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 316-25, jul/set, 1993.
- 90 Alves PC, Rabelo MC. **Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença**. In: Alves PC, Rabelo MC (Org.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Relume-Dumará; 1998. p. 107-122.
- 91 Spadacio C. **Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer**. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2008.
- 92 Stotz EN. A Educação Popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde** [periódico na internet]. 2005 [acesso em 19 abr 2009]; 3 (1): 9-30. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/>.
- 93 Camargo Jr KR. **A Biomedicina**. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 94 Carvalho ACD. **Feiticeiros, burlões e mistificadores – criminalidade e mudanças das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980**. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
- 95 Brasil. Decreto-lei 2848 de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 9 dezembro 2010.
- 96 Brasil. Decreto 3551 de 4 agosto de 2000. **Institui o registro de bens culturais de natureza imaterial que constituem patrimônio cultural brasileiro e cria o Programa Nacional do Patrimônio Imaterial**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3551.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3551.htm)>. Acesso em: 9 dezembro 2010.

97 Villas Bôas GK. **A Política Farmacêutica e o Acesso a Medicamentos – a nova política de plantas medicinais e fitoterápicos.** In: Buss PM, Carvalheiro JR, Casas CPR (Org). Medicamentos no Brasil – inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 307-18.

98 Cecilio LCO. **As necessidades de saúde como um conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco 2006. p. 113-126.

## ANEXO I

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



#### ROTEIRO

##### *A – Perfil do entrevistado*

- a) Data de nascimento, sexo e idade
- b) Naturalidade e origem rural / urbana
- c) Escolaridade
- d) Situação conjugal
- e) Ocupação profissional
- f) Participação no MST

##### *B – Como se tornou agente de cura?*

##### *C – Concepções sobre saúde-doença-cuidado*

- 1) Por que você acha que as pessoas ficam doentes?
- 2) O que você faz para tentar recuperar a saúde?

##### *C – Características e motivos da procura pelo agente de cura*

- 3) Quem geralmente lhe procura buscando algum tratamento?
- 4) Quais são as principais queixas apresentadas pelas pessoas?

##### *D – Uso de plantas medicinais*

- 5) Quais plantas você mais usa e para quê?
- 6) De que modo você acha que as plantas medicinais contribuem para a recuperação da saúde das pessoas?
- 7) Você indica alguma planta para lidar com problemas emocionais ou espirituais?
- 8) Essa prática é comum aqui no assentamento / acampamento?
- 9) Com quem você aprendeu sobre plantas?
- 10) Como se deu esse aprendizado?
- 11) E as outras formas de cura?

12) Você passa esse conhecimento para alguém? Alguém lhe procura para aprender sobre isso?

*E – Uso de medicamentos industrializados*

13) Quando você indica o uso de plantas e quando você indica o uso de medicamentos?

14) As pessoas que procuram você pedem indicações de medicamentos de farmácia?

*F – Sistema Único de Saúde*

15) Você consegue atendimento no SUS sempre que precisa ou que gostaria?

16) Tem equipe de saúde que vem aqui?

17) O que você mais gosta nos serviços de saúde atuais? E o que menos gosta?

*G – Relação entre religião e o uso de plantas medicinais*

18) Os líderes religiosos locais usam plantas medicinais? Incentivam o uso das mesmas? Usam em práticas religiosas?

## ANEXO II

### ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE



#### *A – Perfil do entrevistado*

- a) Ocupação profissional: relação com plantas e terra.
- b) Participação no MST: relação com o movimento, princípios organizativos, dirigentes, participação em atos públicos e ocupações de terra.

#### *B – Concepções sobre saúde-doença-cuidado*

- 1) No atendimento, verificar como explica para as pessoas os motivos e as formas de lidar com o adoecimento delas.
- 2) Observar o que faz para recuperar sua saúde, de sua família e de quem lhe procura.

#### *C – Características e motivos da procura pelo agente de cura*

- 3) Observar o perfil de quem procura o agente de cura
- 4) Observar as principais queixas que as pessoas apresentam ao procurar o agente de cura

#### *D – Uso de plantas medicinais*

- 5) Observar quais plantas mais utilizadas e as finalidades desse uso
- 6) Observar a explicação que atribui para a eficácia das plantas na recuperação da saúde
- 7) Observar se indica plantas para problemas emocionais ou espirituais; se divide doenças do corpo de doenças do espírito; observar práticas semelhantes na área

- 8) Observar outras formas de cura que utiliza além de plantas medicinais
- 9) Observar a transmissão do conhecimento a partir desse agente de cura

***E – Uso de medicamentos industrializados***

- 10) Observar quando prefere usar e indicar plantas ou medicamentos industrializados
- 11) Observar se as pessoas que o (a) procuram pedem indicações de medicamentos industrializados

***F – Sistema Único de Saúde***

- 12) Observar relação com o SUS – reclamações, elogios
- 13) Observar se há presença – regular ou não – de equipes de saúde do SUS na área

## ANEXO III

### GLOSSÁRIO DE TERMOS DA MEDICINA POPULAR BASEADA NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

1. **Agrotóxico:** 1. Produto químico que faz mal à saúde e está presente na maior parte dos alimentos industrializados. Seu uso está associado às monoculturas, modelo de agricultura oposto à agroecologia. Deve ser evitado e sua utilização indica má prática agrícola. Quem utiliza agrotóxicos em grande quantidade não possui ervas medicinais de boa qualidade.
2. **Alimentação (engloba “Reimoso”):** 1. Elemento fundamental da Medicina Popular, uma vez que a ingestão de alimentos pode estar relacionada com a etiologia de doenças e também com a cura das mesmas. Alimentação de boa qualidade – diversificada, pouco gordurosa, cujos alimentos não contêm agrotóxicos, conservantes, corantes e são novos – fortalece a saúde. 2. É possível utilizar plantas medicinais por meio da alimentação – ao invés de utilizá-las sob a forma de xaropes, garrafadas, tinturas. 3. Alimento reimoso é alimento “carregado”, portanto, é uma característica de determinados alimentos. Dependendo da condição do organismo (sangue ruim; repleto de química proveniente de medicamentos sintéticos), uma carne reimosa pode prejudicar a pessoa.
3. **Amor:** 1. Sentimento que denota disponibilidade, boa vontade e solidariedade. Para que os remédios / intervenções feitos pelo Agente de Cura tenham efeito, ele deve produzi-los com “amor”. 2. É fundamental que as pessoas se sintam “amadas” para terem boa saúde.
4. **Cuidado:** 1. Atenção e zelo necessários para manter a saúde. 2. Higiene 3. Sinônimo de cultivo (de plantas medicinais).
5. **Cura:** 1. Condição em que um problema de saúde está resolvido. Pode ser obtida por meio da fé, homeopatia, uso de plantas medicinais e limpeza. Geralmente os medicamentos sintéticos não curam, diferentemente das plantas medicinais.

6. **Doença:** 1. Vocábulo utilizado para indicar “algo” que entra no corpo e o faz padecer. Esse “algo” entra e sai do organismo de acordo com a nutrição do ser, pode ser “criado” ou “eliminado” por meios psicológicos e também gerado por medicamentos sintéticos. 2. Sinônimo de problemas específicos de saúde a serem tratados: úlcera, gripe, bronquite, intestino quente. 3. Designa a centralidade de práticas voltadas para a cura de enfermidades no âmbito do sistema de saúde.
7. **Fé:** 1. Vontade intensa de quem utiliza o remédio de se curar; confiança naquele produto mas que depende, fundamentalmente, da própria vontade de se curar. Sem “fé” o remédio preparado não possui o mesmo efeito para a saúde de quem o utiliza.
8. **Forte / Fraco:** 1. Característica das ervas que se relaciona à potência – diferença entre as quantidades necessárias para fazer efeito e causar dano. Ervas fortes podem causar mal à saúde se utilizadas em grandes quantidades. 2. Possibilidade de ervas causarem agressão ao organismo. Nesse caso, quando o Agente de Cura avalia que uma ferida está muito infeccionada e grave, deve ser evitada a utilização de ervas fortes pois elas podem piorar o problema inicial. 3. Saudável; pessoa “forte” é sinônimo de pessoa apta a trabalhar na roça e em casa.
9. **Imunidade:** 1. Característica do corpo humano essencial para manutenção, fortalecimento da saúde e prevenção de adoecimento. Muitos tratamentos no âmbito da Medicina Popular visam à fortalecer ou recuperar a imunidade do organismo. 2. Característica do corpo que relaciona-se com a “áurea” da pessoa; quem tem a áurea escura, é uma pessoa rancorosa e/ou má e possui a imunidade de seu corpo baixa. Indica uma concepção unificada entre corpo e espírito.
10. **Limpeza (engloba “Lavar”, “Para fora” – no sentido de emergir –, “Higiene”):** 1. Procedimento utilizado para retirar do organismo as secreções/doenças – sangue, pus, tecido morto, furúnculo, inflamação – que causam males. Normalmente integra uma das primeiras etapas do tratamento. É essencial para a Medicina Popular, uma vez que à partir dela o processo de cura inicia-se. Se, por exemplo, o problema inicial for uma ferida ou um processo complicado de cicatrização, após a realização da limpeza procede-se o uso de

ervas / medicamentos cicatrizantes. **2.** Retirada de energias ruins do corpo com a finalidade de harmonizar espírito, áurea e corpo físico (esse último é harmonizado no sentido de fortalecimento dos anticorpos). Para tanto, utiliza-se ervas específicas para tratamento de problemas espirituais. **3.** Procedimento que visa ao asseio, como a utilização de água e sabão para retirar sujeiras do corpo / feridas. Também retratada como ausência de poeira e materiais carregados pelo vento no local onde se deseja coletar ervas. **4.** Uma fase do ciclo vital da terra que é comparada ao período menstrual da mulher. Nessa fase, a terra elimina a sujeira que nela está contida; corresponde sempre à Lua Nova.

11. **Lua:** **1.** Elemento da natureza que deve ser observado ao se coletar ervas e ao administrar um tratamento devido à possibilidade de aumento da toxicidade e / ou redução das propriedades benéficas das plantas medicinais – em ambos os casos cita-se a Lua Nova. Alguns problemas de saúde também podem ser mais fáceis ou difíceis de serem tratados dependendo da Fase da Lua.
12. **Médico (a):** **1.** Profissional diplomado em medicina que foi consultado. **2.** Categoria profissional representante da ciência na área da saúde. **3.** Vocábulo utilizado para indicar o sistema oficial de saúde, o qual se contrapõe (ou se articula) à medicina popular.
13. **Natureza (engloba “Terra”, “Natural” e “Puro”):** **1.** Sistema (meio-ambiente) produtor de água, alimentos, argila, ervas e outros recursos terapêuticos em abundância. Também precisa se curar, o que faz por meio de plantas medicinais. **2.** Seu derivado, o vocábulo “natural”, é propriedade intrínseca às plantas medicinais uma vez que elas integram o meio-ambiente. **3.** Recursos (terapêuticos, alimentícios) que não utilizam agrotóxicos ou substâncias químicas sintéticas em sua produção são chamados “naturais” porque se relacionam de forma mais harmoniosa com o ambiente que produz os elementos essenciais à vida. Devido à isso, a medicina popular se contrapõe àquela praticada no sistema oficial de saúde, a qual se vale principalmente de elementos sintéticos e que podem causar malefícios à saúde. Nesse sentido, “natureza” tem o sentido de pureza, menos riscos à saúde. **4.** Possuidora de recursos terapêuticos que podem apresentar toxicidade. Porém, são mais seguros de serem utilizados

pela Medicina Popular uma vez que os Agentes de Cura conhecem melhor tais recursos do que aqueles oriundos da biomedicina. 5. “Naturalmente” é uma forma de se utilizar plantas medicinais que não seja com finalidade espiritual / religiosa. 6. “Naturalmente” significa algo que ocorre espontaneamente: “*se você faz uma comida de bom coração, com boa vontade, naturalmente você tá fazendo aquela comida*”. 7. Energia que se expressa no corpo humano por meio da áurea.

14. **Nervoso (engloba “Emocional”):** 1. Situação de incômodo ligada à questões relacionais – aborrecimento, ansiedade, irritação – que gera problemas em órgãos e constituintes do corpo humano. Aproxima-se da “somatização”, elemento abordado pela biomedicina. Quando o aborrecimento, a ansiedade e a irritação são comuns entre diferentes gerações familiares, diz-se que é um problema hereditário. 2. Situação de incômodo ligada à questões relacionais que influencia a áurea das pessoas. 3. Também utilizado na expressão “sistema nervoso”, mas, diferentemente da biomedicina, aponta especificamente para situações de irritação vivenciadas pelo sujeito. 4. Indica a possibilidade de o sujeito “criar” suas doenças e se curar. Nesses casos, exames médicos de órgãos e estruturas do corpo não apontam alterações fisiopatológicas que justifiquem a doença. Também não são utilizados recursos terapêuticos (medicamentos, plantas medicinais e outros) que visem à cura da doença e a mesma é eliminada. 5. Os problemas de origem “emocional” são elaborados / organizados no intercérebro, região do cérebro responsável pelas emoções – traumas, ansiedade, tristeza.
15. **Peso / Pesado (a):** 1. Propriedade de algumas ervas medicinais; relaciona-se à toxicidade e à potência das ervas. 2. Medida a ser verificada na balança. 3. Energia ruim presente no corpo, causada por problemas emocionais que afetam espírito, áurea e anticorpos, uma vez que não há divisão entre corpo e mente. 4. Sensação ruim associada à dificuldade de digestão de determinados alimentos que consumidos especialmente à noite, o que pode iniciar alguma doença. 5. Característica de doenças cuja abordagem biomédica não é efetiva. Tais doenças

causam grande sofrimento ao paciente, podendo levá-lo à morte. Cita-se o câncer.

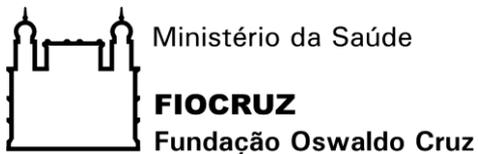
16. **Prevenção 1.** Atitude fundamental no âmbito da Medicina Popular. Deve-se evitar alimentação ruim e uso de produtos que contenham química sintética. Além disso, é importante utilizar recursos naturais ou consultar profissionais de saúde frequentemente com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças.
17. **Poder 1.** Capacidade das plantas medicinais de produzirem efeitos benéficos para a saúde. Nesse sentido, as ervas podem ter, por exemplo, “*grande poder de imunidade*”, “*poder curativo igual a 50%*”, ou também que “*a planta não tem um poder sem a fé*”.
18. **Quantidade 1.** Medida de ervas – ou outro componente – a ser utilizada na fabricação do remédio caseiro. **2.** Porção do remédio caseiro que deve ser utilizada pela pessoa. Na biomedicina corresponde à dose.
19. **Quente / Frio 1.** “Quente” é propriedade de alguns remédios ou plantas medicinais que pode causar doenças no corpo se quem os utilizou tomar um banho frio ou se expor ao vento. Por isso, tal propriedade deve ser observada ao se preparar remédios caseiros e durante a orientação sobre os cuidados e sensações que o paciente poderá sentir quando utilizar determinadas preparações. Algum problema de saúde relacionado ao frio, como por exemplo “friagem”, pode ser tratado com um alimento / erva “quente”. **2.** Sensação de ardor em órgãos do Sistema Digestivo que pode levar à cólica intestinal e diarreia. **3.** “Calor” designa sintomas de menopausa.
20. **Química 1.** Propriedade das plantas medicinais que justifica a importância de não se misturar determinadas ervas, pois a propriedade final do composto pode fazer mal à pessoa. **2.** Para a Medicina Popular é elemento fundamental do processo saúde-doença. Sinônimo de química sintética – ou seja, ausente em recursos naturais –, pode gerar problemas de saúde e por isso deve ser sempre evitada – uso de medicamentos sintéticos e na produção / consumo de alimentos que a contenha. O uso de química sintética é envolto por perigo e riscos. **3.**

Substância que quando em excesso pode gerar problemas de saúde. 4. Remédio químico também é sinônimo de agrotóxico.

21. **Remédio:** 1. Planta com ação medicinal; nem toda planta é remédio. 2. Preparação elaborada à partir de plantas medicinais – xarope, chás, garrafada, pomada, entre outros. 3. Quando adjetivado por “químico” significa agrotóxico. 4. Recurso – alimentação, bebida alcoólica – que faz bem e trata determinados problemas de saúde. 5. Medicamento sintético prescrito por médico que pode fazer bem ou mal à saúde de quem o utiliza.
22. **Sangue** 1. Elemento do corpo humano fundamental para a Medicina Popular, uma vez que representa um dos principais locais onde as doenças se “instalam”. O “sangue” ruim, grosso ou sujo também causa outros males à saúde. Dessa forma, é necessário utilizar recursos que limpem e / ou retirem doenças do “sangue”. A emergência de “sangue” pode indicar efetividade de um tratamento, uma vez que o mesmo pode estar em excesso.
23. **Saúde** 1. Setor de Saúde do MST / RJ. 2. Curso promovido pelo Setor de Saúde do MST / RJ. 3. Práticas e conhecimentos de um campo de saber que geram vitalidade. 4. Estado de vitalidade do ser humano; estar bem para o trabalho. 5. Instituição pública de saúde – posto de saúde.
24. **Toxicidade** 1. Propriedade das plantas medicinais que deve ser conhecida para a segurança no uso e colheita / coleta de ervas. Há divergências quanto à possibilidade de serem utilizadas: alguns afirmam que pode ser utilizada uma quantidade estabelecida e outros dizem não ser possível usá-las de forma alguma. A toxicidade pode ser alterada pela Fase da Lua.
25. **Veneno** 1. Planta cujo uso deve ser evitado devido à sua toxicidade. 2. Propriedade de uma preparação mal elaborada. No caso, uma mistura de ervas que não deveriam ser misturadas. 3. Química sintética presente em medicamentos e que fazem mal à saúde. 4. Agrotóxico. 5. Substância inoculada por cobra por meio de picadas.

## ANEXO IV

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE



### AUTORIZAÇÃO

Concedo autorização à estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, Leticia Mendes Ricardo para desenvolver o projeto de mestrado acadêmico intitulado **“Uso de plantas medicinais no contexto do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra do estado do Rio de Janeiro”** em assentamentos / acampamentos organizados pelo MST no referido estado.

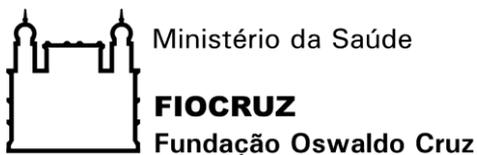
---

Coordenação estadual de saúde MST / RJ

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**ANEXO V**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO – COORDENAÇÃO DO ASSENTAMENTO /  
ACAMPAMENTO**



**AUTORIZAÇÃO**

Concedo autorização à estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, Leticia Mendes Ricardo para desenvolver o projeto de mestrado acadêmico intitulado **“Uso de plantas medicinais no contexto do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra do estado do Rio de Janeiro”** no seguinte assentamento / acampamento do referido estado:

\_\_\_\_\_

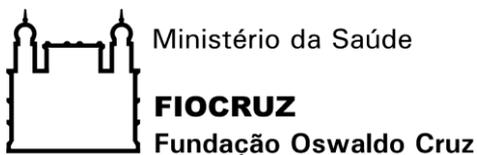
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_

coordenação local do \_\_\_\_\_.

## ANEXO VI

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Uso de Plantas Medicinais no Contexto do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra do estado do Rio de Janeiro”.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) autorizou a execução dessa pesquisa em áreas organizadas pelo movimento, mas sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora nem com o MST.

Essa pesquisa integra o meu curso de mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz (ENSP). O projeto recebeu sugestões de um conjunto de professores que têm experiências e conhecimentos sobre os temas abordados na pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP.

Os objetivos desta pesquisa são:

- 1 Estudar a concepção do processo saúde-doença-cuidado e o uso de plantas medicinais pelos agentes de cura do MST / RJ.
- 2 Identificar os problemas de saúde atendidos nos assentamentos / acampamentos;
- 3 Perceber a concepção dos agentes de cura do MST / RJ sobre etiologia, eficácia terapêutica, recursos e sistemas terapêuticos utilizados;

4 Estudar as características do conhecimento sobre plantas medicinais e a utilização das mesmas no processo saúde-doença-cuidado;

5 Analisar o processo de transmissão do conhecimento sobre plantas medicinais nos assentamentos / acampamentos;

6 Contribuir para a ação dos pesquisandos no âmbito da saúde, visando o fortalecimento do saber popular existente.

Sua participação na pesquisa consistirá na possibilidade de fornecer informações por meio de entrevista. Apesar de mínimo, o risco que essa pesquisa pode trazer é a possibilidade de o (a) senhor (a) se referir a problemas de saúde específicos que envolvam estigmas sociais como é o caso de doenças infecto contagiosas. Dessa forma, lhe garanto que as informações obtidas durante a pesquisa serão confidenciais e asseguro também o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação, já que você, os membros de sua família e o assentamento / acampamento em que mora serão mencionados por nomes fictícios.

De acordo com a Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde, legislação sobre os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos, devo guardar sob minha responsabilidade os dados de pesquisa por 5 anos, que no nosso caso estarão contidos no suporte de gravação em áudio. Após esse período o mesmo será destruído.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento dos saberes e práticas em saúde, especialmente sobre plantas medicinais, nos assentamentos / acampamentos do MST no Rio de Janeiro. Dessa forma, o setor estadual de saúde do movimento poderá divulgar os conhecimentos populares existentes para outras áreas e estados brasileiros. A pesquisa, ao fomentar novas reflexões sobre saúde e recursos terapêuticos, pode fortalecer o saber popular existente nas áreas e a ação dos assentados / acampados em relação ao sistema oficial e às práticas autônomas em saúde.

A pesquisa também possibilitará compreender melhor a relação dos assentados / acampados com o Sistema Único de Saúde, o que ajudará na reflexão e aprimoramento da política de saúde voltada para a população do campo.

Assim como também é de interesse do MST / RJ, disponho-me a ajudar na elaboração de materiais como cartilhas e cadernos de estudo que contenham as reflexões e resultados desta pesquisa. Se for de seu interesse, comprometo-me a lhe entregar uma cópia do produto da pesquisa, que é a dissertação do mestrado.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da ENSP. Dessa forma, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Letícia Mendes Ricardo

**Departamento de Endemias Samuel Pessoa**

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP / Fiocruz)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 6º andar – sala 601. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210.

Tel: (21) 2598-2683 / Fax: (21) 2598-2610. E-mail: [endemias@ensp.fiocruz.br](mailto:endemias@ensp.fiocruz.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa:**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210.

Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## ANEXO VII

### PLANTAS MEDICINAIS USADAS EM ÁREAS DO MST NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



#### *Aroeira*

(*Schinus terebinthifolius*)

**Características:** árvore mediana, copa larga, tronco com casca grossa. Fruto arredondado, vermelho, com cheiro característico e adocicado.

**Indicações:** cicatrizante e antiinflamatório.

**Modo de usar:** fazer o decocto de uma xícara de chá das folhas e casca em meio litro de água. Usar na forma de banho.

**Precauções:** Uso externo. Possibilidade de alergia na pele e mucosas.



#### *Quebra-Pedra*

(*Phyllanthus niruri*)

**Características:** erva ereta, frutos pequenos e inseridos na base das folhas, voltados para a parte interna da planta.

**Indicações:** como diurético e para excreção de pedras dos rins.

**Modo de usar:** fazer o decocto de três colheres de sopa da planta picada para meio



### ***Pejo***

*Mentha pulegium*

**Características:** erva perene, folhas aromáticas e pequenas.

**Indicações:** combate a gripes e resfriados.

**Modo de usar:** fazer 100 mL de xarope utilizando três colheres de sopa de folhas



### ***Tiririca***

*(Cyperus esculentus)*

**Características:** erva ereta, folhas estreitas e com pontas afuniladas. Contém várias espiguihas subdivididas. Raiz formada por tubérculos.

**Indicações:** usada em garrafadas e vinhos medicinais como tônico e afrodisíaco.

**Modo de usar:** fazer o vinho medicinal utilizando três colheres de sopa das raízes picadas para meio litro de vinho. Tomar um cálice depois do almoço.



### ***Tansagem***

*(Plantago major)*

**Características:** erva com pendão ereto, repleta de sementes.

**Indicações:** favorece o sistema imunológico, contra irritação da garganta e gripe.

**Modo de usar:** fazer o infuso de três colheres de sopa de folhas e sementes picadas para meio litro de água. Tomar uma xícara de chá quatro vezes ao dia.



***Erva Cidreira***

*(Lippia alba)*

**Características:** arbusto de ramos finos e longos. Folhas aveludadas e opostas. Flores arroxeadas.

**Indicações:** calmante, alívio de gases.

**Modo de usar:** fazer o infuso com três colheres de sopa de folhas picadas para meio litro de água. Como calmante deve ser ingerido especialmente à noite.



***Erva-de-Santa Maria***

*(Chenopodium ambrosioides)*

**Características:** arbusto pequeno com cheiro forte e desagradável. Possui inúmeros frutos.

**Indicações:** vermífuga.

**Modo de usar:** amassar uma colher de sopa das folhas para obter o sumo e adicioná-lo ao leite. Deve-se tomar pequena quantidade três vezes ao dia quando a pessoa estiver com vermes no corpo.

**Precauções:** não usar por tempo prolongado



### ***Cana do Brejo***

*(Costus spicatus)*

**Características:** planta ereta, tronco oco por dentro, flor vermelha, vistosa e em forma de espiga.

**Indicações:** contra problemas dos rins e bexiga.

**Modo de usar:** fazer o infuso com três colheres de sopa das folhas picadas para meio litro de água. Tomar ao longo do dia.