

Recurso à medicina popular *Appeal to folk medicine*

Maria de Fátima Domínguez
Universidad de Bragança
fadom@aeiou.pt

Resumo

A saúde, a doença e os processos de cura são construções sociais, resultantes de um processo complexo que integra factores biológicos, psicossociais, sócio-económicos e culturais, que exercem influencia face à situação de saúde/doença e aos processos de cura. O presente estudo tem por objectivo principal conhecer a relação vivencial – simbólica e empírica – que a população idosa mantém com a medicina popular (crenças, práticas, usos e costumes).

Em termos metodológicos, para dar resposta à questão proposta, optou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa, observacional, descritivo analítico-transversal com uma vertente exploratória.

Foi constituída uma amostra de 343 idosos dos vários centros de dia e lares de idosos do concelho de Bragança. De acordo com os resultados, destacamos que como consumidores de cuidados de saúde utilizam uma série de recursos populares de cura tais como: inalações, infusões, emplastos, cataplasmas, bálsamos, bruxas, videntes, endireitas e padres; para 71,4% dos idosos o poder de cura e de promover “milagres”, está de alguma forma dependente do respeito pelas entidades religiosas e, 56% dos idosos recorrem a práticas mágico-religiosas para obter a cura e/ou a prevenção de determinadas situações de doenças; os “ossos fora de sítio”, o “mal de inveja”, o “mau-olhado” “coxo/problemas de pele”, “estrapalhado” e a falta de apetite são as situações de doença que levam alguns idosos a admitir recorrer prioritariamente a um curandeiro. Foram identificados como principais “determinantes” de recurso à medicina popular as seguintes variáveis: grau de escolaridade, situação económica, recurso ao curandeiro, doenças crónicas, relações familiares, e estado de saúde.

Abstract

Health, diseases and cures are the social result of a complex process comprising several factors of biological, psycho-sociological, socio-

economical and cultural order. All of these can influence situations regarding health, diseases and even processes leading to a cure.

This study focuses on the relation between the elderly people and the concepts of Health/Disease both from the symbolic and empirical viewpoints (beliefs, healing practices, traditions)..

The chosen methodology to give an answer to the question proposed in this work was a quantitative and qualitative, observational, descriptive analytic-transversal approach, with an exploratory tendency.

A sample of 343 elderly was chosen from the several official elderly day centres and homes in Bragança municipality. According to the results, some conclusions can be drawn from this study: As consumers of health cares, the elderly use a variety of healing popular resources such as: inhalations, infusions, plasters, cataplasms, balsams, witches, seers, bone-setters and priests; for 71,4% of the elderly, the power to heal and promote miracles is somehow dependent on the respect for religious entities, and 56% of them use magical-religious practices to obtain a cure or as a preventive measure for some diseases; “disjointed bones”, “envy”, “evil-eye” “skin problems”, “twisted limbs” and the lack of appetite are the health problems which cause the elderly to look for a witchdoctor in the first place. The following variables were identified as “determining” factors in the resort to popular medicine: degree of education, financial situation, access to the witchdoctor, chronic illnesses, family relationships, and health condition.

Palavras-chave:

Medicina popular. Saúde. Doença. Itinerários terapêuticos.

Key Words:

Folk Medicine. Health Illness. Therapeutic plans.

Introdução

Durante milhares de anos o Homem seleccionou na natureza plantas indicadas para a cura dos seus males. A utilização pelo povo de drogas, substâncias, gestos ou palavras para obter mais saúde, é definida por medicina popular. Esta, não é apenas uma colecção de plantas medicinais, usadas para prevenir e curar doenças, tem também o seu lado mágico, as acções e orações que o povo utiliza na cura dos seus males físicos e mentais.

Fontes & Sanches (2000) consideram que, as “medicinas populares, baseadas em sistemas médicos locais, a que muitas vezes se dá o nome de medicinas primitivas ou herboristas (baseadas nas plantas)” são caracterizadas pelo recurso à automedicação, a chás e mesinhas caseiras, ao curandeiro e a procissões e promessas. Estes autores definem a medicina popular como, “o conjunto de conhecimentos e crenças criados pelo povo, quer dizer, pelos profanos não profissionais, e que se opõe ao discurso erudito” (p. 20).

Praticada nas tribos ancestrais e com recurso aos elementos naturais disponíveis está, curiosamente, muito próxima da medicina tradicional, do tipo erudito. A Medicina Popular não pode confundir-se com as Medicinas alternativas, que visam um tratamento holístico e que não rejeitam o recurso à medicina tradicional.

A Medicina Popular mantém-se presente nos dias de hoje, com maior ênfase nos países menos desenvolvidos. Em Portugal são praticadas com mais assiduidade a Norte do País. Compreender o binómio saúde-doença como um elemento definido culturalmente, que difere de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e, conseqüentemente, os cuidados prestados também praticados de diferentes maneiras, tem levado muitos profissionais de saúde a interessarem-se pelas dimensões culturais e sociais, até mesmo espirituais implicadas na saúde, na doença e nos próprios processos de cura.

Neste estudo, procura-se, a singularidade das representações que direccionam ou determinam as práticas populares. Face a esta problemática julgamos pertinente conhecer a relação vivencial que a população idosa mantém com a medicina popular (crenças práticas usos e costumes). Tal constitui-se no objectivo principal do nosso trabalho.

Sabe-se que saúde e doença não significam a mesma coisa para todos os indivíduos. As pessoas sentem saúde e doença de diferentes maneiras e graus como indivíduos e nas diferentes culturas. A saúde varia de acordo com “o grupo social e a experiência individual”, altera-se ao longo do tempo, sendo igualmente interessante notar que os conceitos de saúde também variam ao longo do ciclo de vida (Melo, 2005).

A definição da Organização Mundial de Saúde, bastante simples, considera a saúde no sentido de um direito humano, como um estado sustentável de bem-estar físico, mental e social total, e não apenas ausência de doença ou de incapacidade. Nesta abordagem considera-se que a

experiência da doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto individuais quanto colectivas, que se expressam em formas específicas de pensar e agir. Neste sentido, entendemos que as práticas de cuidados à saúde e à doença são, principalmente, manifestações culturais de um povo, e, em especial, as não convencionais, pelas raízes da construção desse saber e dessas práticas e pela forma como tradicionalmente são passadas de geração em geração.

Medicina Popular

Embora a medicina científica seja hegemónica e esteja rodeada de um conjunto de poderes que facilita a sua universalização, sabemos que ao longo da história e nos dias de hoje podem identificar-se diferentes sistemas de assistência. Apesar da importância da medicina oficial, nos últimos anos assiste-se a uma curiosidade crescente pelas medicinas alternativas.

No entanto, no âmbito das medicinas alternativas e complementares existem práticas assistenciais muito diferentes e se bem que algumas, como a acupunctura, têm uma acção já comprovada, outras existem que carecem ainda de reconhecimento científico.

Noronha (2000c) refere que há diferenças substanciais entre a medicina oficial e algumas das designadas alternativas e complementares. A medicina oficial é de base predominantemente analítica, enquanto que as alternativas são de base dialéctica; a oficial dissocia para concretizar a sua acção, enquanto as alternativas e complementares associam os sintomas, os fenómenos e os padrões culturais. Nas medicinas alternativas e complementares a adaptação aos contextos culturais seria mais evidente. A medicina oficial diagnostica, tendo como referência taxonomias universais e a medicina alternativa tenta perceber a doença segundo um enquadramento individual e cultural ou seja, a atenção é centrada no doente e no restabelecimento do equilíbrio, o qual permitirá ao indivíduo recuperar a competência para lutar pelo seu estado de saúde.

Muitas pesquisas demonstram que no ocidente o interesse pelas medicinas alternativas e complementares tem vindo a aumentar de forma surpreendente. Em muitos dos estados norte-americanos, as medicinas alternativas ou outras estratégias complementares de assistência foram reconhecidas e o recurso às mesmas é permitido, mesmo no âmbito dos serviços oficiais de saúde. Eisenberg et al. (1993) apresentam um estudo realizado no início dos anos 90, segundo o qual o número de cidadãos norte-

americanos que recorreram a práticas alternativas era superior ao dos que procuravam os clínicos dos cuidados de saúde primários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), nalguns países utilizam-se indistintamente os termos medicina complementar, medicina alternativa ou medicina não-convencional, e medicina tradicional. Refira-se que em 1978 a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar que a medicina tradicional fosse promovida, desenvolvida e integrada onde quer que fosse possível com a medicina científica moderna, mas salientou a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes dos vários sistemas envolvidos. Os recursos humanos que a Organização Mundial de Saúde procurou integrar na medicina científica incluem os herboristas, a medicina tradicional indiana ayurvédica, a medicina tradicional persa unani ou do ioga, bem como curandeiros tradicionais seguindo a medicina tradicional chinesa, como os acupunturistas. A Organização Mundial de Saúde associa as medicinas alternativas e complementares com a “medicina tradicional”, entendida como práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios.

Fontes & Sanches (2000) referem que a par da medicina popular e da medicina científica se mantêm os sistemas médicos regionais como é o caso do Yunãni da Índia, baseado na teoria humoral (predominante na Europa da época das descobertas), a qual se baseava no princípio do equilíbrio entre quatro humores (bílis branca, bílis negra, fleuma e sangue) e quatro qualidades (frio, quente, seco e húmido); ou da prática da acupuntura, na China. Nestes casos trata-se não de saber popular, mas de tradições científicas, que fizeram escola no passado e, salientam que para se compreender a medicina popular é necessário analisar a medicina tradicional já que, ambas estão muito próximas, o que leva alguns autores a utilizarem indistintamente os termos medicina popular e medicina tradicional.

Segundo Ross (1983) a medicina popular (folk) difere da medicina primitiva numa dimensão muito importante a cultura. A cultura popular é segundo este autor um sistema de crenças e práticas mais aberto que o das sociedades que chamamos de primitivas que são caracterizadas por um sistema fechado com menos oportunidades de contacto cultural. No entanto

salienta, que tanto na medicina popular como na medicina primitiva as noções de saúde e doença estão enraizadas na configuração do saber local.

Nunes (1997) reformula o conceito de Ross (1983) em “medicina tradicional” preferindo falar de “medicina local”, “oral” ou “tradicional”, definindo-a como o conhecimento que vem da experiência acumulada, na memória histórica do grupo social e que contempla o recurso à automedicação, autotratamento aconselhamento feito por uma vizinha ou por uma pessoa “experiente” em certos problemas de saúde, recurso a endireitas, a videntes e a homens ou mulheres de virtude.

Na medicina popular vamos encontrar, além de uma concepção de doença e de terapêutica, toda uma visão do mundo, um conjunto de valores e normas morais ou seja, todo um universo cultural articulado a estas práticas, pois, a medicina popular possui lógicas particulares, formas específicas de actuação, eficácia e utilidade, sustentação e legitimidade (Oliveira, 1985). Assim, a medicina popular é um conjunto de crenças e de práticas médicas populares que se enraízam num saber local, constituído pela experiência acumulada e sujeito a contactos culturais com outros sistemas.

Entendendo-se, neste contexto particular, por crenças médicas populares, tal como Alves (1981) referiu, aquelas concepções orais que atravessaram gerações e que se relacionam com a saúde e o bem estar do corpo e do espírito, com a origem e a natureza das doenças e com as formas de superar essas adversidades, possibilitando às pessoas que as aceitam explicações plausíveis para o que acontece, apoiadas no princípio de causalidade. Este princípio, segundo Fontes & Sanches (2000) está na base da constituição de discursos, aparentemente lógicos, e que se baseiam em crenças e superstições. A crença no discurso do curandeiro e na eficácia dos tratamentos é de extrema importância pois, a simples crença pode levar à cura, por isso, apontam-na como responsável por “muitas curas estranhas ou miraculosas” (p. 80).

Os agentes da medicina popular (curandeiros) são, segundo o (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2003, p. 1158) “quem procura tratar e curar doentes sem habilitação médica oficial, mediante práticas de feitiçaria, beberagens, entre outras; benzedeiro”, ou seja, o curandeiro é o chamado médico popular.

O nome que em Portugal se atribui a estes praticantes conhece algumas variações regionais. Nalgumas regiões são conhecidos por

“curandeiros” noutras por “Benzedores”, e “Feiticeiros”, na comunidade Brigantina, são muitas vezes apelidados de homens ou mulheres de virtude ou ainda, como refere Nunes (1997) “bruxos” na sua ausência e “doutores” na sua presença.

Causas populares das enfermidades

A procura de uma explicação causal para as doenças é uma preocupação permanente do homem, independentemente do modelo, sistema ou cultura em que as pessoas se situam. As doenças populares são baseadas em crenças sobre a estrutura e funcionamento do corpo e sobre a maneira como o mesmo pode vir a funcionar mal.

Foster (1976) distingue as etiologias leigas das enfermidades em dois sistemas:

Sistemas personalísticos, em que a doença é atribuída à intervenção deliberada de um agente humano (um bruxo, um feiticeiro), não humano (um antepassado, um espírito malévolo, uma alma), ou sobrenatural (um deus ou outro ser muito poderoso). Este sistema também inclui os conceitos modernos de germes, principalmente aqueles causadores de febres.

Sistemas naturalísticos, em que a doença é atribuída à acção de forças ou elementos naturais, como por exemplo, o calor, o frio, vento, humidade, ou ainda, pelo desequilíbrio entre o indivíduo e o ambiente social.

No primeiro sistema, a origem da enfermidade é mais complexa e menos controlável pelo indivíduo do que no segundo tipo de sistema, em que a doença se deve à quebra das relações harmoniosas com o sobrenatural ou com familiares e vizinhos. Nos naturalísticos a enfermidade é atribuída à acção de factores naturais (climáticos) que geram desequilíbrio no organismo, dependendo a saúde dos indivíduos da sua capacidade para evitarem situações e comportamentos geradores da enfermidade.

O quadro etiológico proposto por Nunes (1997), que nos parece estar sintonizado com o quadro etiológico proposto por Foster (1976), traduz uma síntese da variedade de causas que, na medicina popular, podem ser encontradas para explicar a ocorrência de doença, repisando muitas das origens referidas anteriormente. Assim, o mesmo identifica quatro tipos de causas:

- 1) As causas naturais, onde se inserem, aspectos do clima, alimentação, higiene e trabalho excessivo;

- 2) As causas psicológicas, que integram as emoções fortes;
- 3) As causas sociais, nas quais cabem os conflitos entre as pessoas, de que podem resultarem maus-olhados, pragas, mal de inveja e feitiçaria, ou então violação de tabus;
- 4) As causas espirituais ou sobrenaturais que dizem respeito às almas dos mortos, ares e doenças infligidas por Deus.

Esta explicação da origem das doenças é, como refere a autora, a exteriorização de “tensões sociais e pessoais, que se exprimem por seu intermédio” (p. 139).

Tratamentos populares de cura

De entre os recursos utilizados na prevenção e tratamento das doenças (Alves, 1981; Fontes & Sanches, 2000) destaca-se a utilização de bálsamos, cataplasmas, emplastos, infusões, inalações e vomitivos.

Esta série de tratamentos compreende apenas uma das modalidades que existe na medicina popular. A medicina popular também fornece explicações e tratamentos para sentimentos subjectivos como culpa, vergonha ou raiva, com a prescrição, por exemplo, de rezas e de penitências ou com a resolução de problemas interpessoais.

Nunes (1997) ao estudar uma aldeia do Norte de Portugal concluiu que as pessoas “chegam-se” aos Santos e à Virgem, com quem estabelecem uma relação particular, carregada de afectos, e acreditam que esse Santo “da sua devoção” os protege de todo o mal e da má sorte. Assim, cada aldeia tem, além do seu padroeiro, os seus Santos, venerados na igreja local, cada um com a sua função. Além desta devoção aos Santos da terra, existem Santuários e romarias mais distantes, “especializadas” na protecção. Seguindo o principio de que os “Santos de fora fazem milagres” as pessoas fazem promessas a esses Santos em momentos de aflicção. Pois face à doença e ao infortúnio, Deus, os Santos e a virgem, têm um papel importante, não só na explicação das doenças (a doença como um castigo de Deus), mas também na luta contra o mal e na protecção contra a doença e a má sorte. Segundo Fontes & Sanches (2000) a doença e a saúde têm sempre tendência a ser explicadas por razões transcendentais. Esta ideologia “está na base do discurso explicativo popular português” (p. 113).

Nunes (1997) refere que na aldeia por si estudada, uma das ideias mais persistentes, que continua a explicar muitas perturbações sociais, doenças e mal estar, é a crença em almas do outro mundo porque “deixaram

alguma coisa por fazer ou alguma promessa por cumprir”, ou que vagueiam pelo mundo porque têm de se reabilitar por penitência de um pecado e enquanto o não fizerem não vão para “bô lugar”, ou ainda almas que voltam a este mundo com a finalidade de proteger algum familiar contra as almas más, “que o andam a tentar” (p. 138). Para a autora, o tratamento desta crença, passa pelo recurso a um homem ou mulher de virtude para fazer falar a alma perturbadora.

Na medicina popular pode recorrer-se, também, a manipulações físicas. Estas manipulações são praticadas por indivíduos que compõem ossos de crianças e adultos, que segundo Fontes & Sanches (2000) possuem um saber especializado e uma teoria mais elaborada do corpo do que qualquer outro curandeiro. Em terras do Norte de Portugal são conhecidos por “endireitas”, que significa “aquele que, sem ser médico, trata de fracturas e deslocações de ossos” (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2003, p.1478).

Metodologia

Neste estudo pretende-se não só saber se os idosos recorrem às práticas da medicina popular, mas também, analisar quais os factores que influenciam os idosos a procurar a medicina popular como forma de tratamento e prevenção da doenças, “a que práticas”, “o quê” e “quem” contribuiu para essas atitudes e conhecimentos. Face à natureza da problemática e aos objectivos do estudo optou-se por um estudo quantitativo e qualitativo, observacional descritivo analítico transversal com uma vertente exploratória.

A colheita de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada dirigida a pessoas com mais de 65 anos que frequentam centros de dia e lares de idosos do concelho de Bragança totalizando 567 idosos.

Para uma maior homogeneidade da amostra, os idosos a incluir na amostra deviam apresentar capacidade de resposta verbal e demonstrar orientação no tempo e espaço. Para avaliar o estado mental dos inquiridos, foram colocadas questões, sobre: o local onde se encontravam; data, dia da semana; mês e ano, aos idosos que ocorreram aos centros de dia e às salas de convívio dos lares de idosos nos dias das entrevistas. Os indivíduos que não responderam a dois itens foram excluídos do estudo. Assim, dos 567 idosos apenas 343 constituíram a amostra em estudo.

A Variável dependente “Recurso à medicina popular pela população idosa” é uma variável comportamental, como tal, de difícil operacionalização. Assim, para a medir utilizam-se cinco questões (Que remédios utiliza para a tosse e doenças de garganta; Que tratamentos utiliza para as dores de costas; Que tratamentos utiliza para as dores de cabeça; Que tratamentos utiliza para as doenças cutâneas; Que remédios utiliza para curar os problemas de estômago).

Analisando cada inquirido *individualmente* foi considerado como não recorrente, à medicina popular, todo o idoso que não respondeu ou respondeu à opção “outras” (pomadas analgésicos, comprimidos) por não se possuírem dados que permitam determinar se estes (pomadas analgésicos, comprimidos), eram prescritos pelo médico ou, se era recurso à automedicação.

Por outro lado, foi considerado que recorriam à medicina popular todos os idosos que responderam a pelo menos uma das opções (emplastro, cataplasmas, infusões, inalações, bálsamos, ventosas, massagens, cura termal e vomitivos), que caracterizam o recurso à medicina popular.

Para o presente estudo formularam-se as seguintes hipóteses no sentido de analisar e tentar explicar a influência de algumas variáveis apresentadas pelos idosos em estudo e o recurso à medicina popular:

O recurso à medicina popular é influenciado por:

- H1-género;
- H2- proveniência;
- H3- idade;
- H4- estado civil;
- H5- escolaridade;
- H6- doenças crónicas;
- H7- com quem vive actualmente;
- H8- relações familiares;
- H9- situação económica;
- H10- rendimento mensal;
- H11- opinião/ percepção da sua saúde;
- H12- recurso ao curandeiro;
- H13- Doenças psíquicas.

Após a recolha da informação a mesma foi lançada num ficheiro de dados criado no programa SPSS (Statistical Package of the Social Sciences)

versão 12.0, onde se efectuou o seu processamento informático, utilizamos também *software* Excel 2003 para Windows XP.

Pretendendo testar as hipóteses formuladas e avaliar os resultados ao nível de significância de 0,05. Aplicou-se o teste de Qui-Quadrado para descrever a relação entre variáveis.

As questões abertas foram objecto de tratamento qualitativo através de análise de conteúdo.

Discussão dos resultados

Conforme foi observado por Nunes (1997), muitas vezes o recurso ao médico é a primeira escolha. Conclusão muito idêntica pode ser retirada deste estudo, pois, 80% dos idosos entrevistados assegura procurar prioritariamente um médico em determinadas situações. A procura do sistema de saúde oficial pode estar relacionada com o facto, dos seus aspectos sociais e culturais serem sustentados pela lei (Helman, 2003).

Em relação às práticas populares de cura a que os idosos inquiridos recorrem, a análise dos dados permitiu identificar que, na satisfação das necessidades no campo da saúde-doença, os inquiridos recorrem a um conjunto variado de recursos e estratégias em saúde. Tais recursos incluem o uso de medidas populares como: uso de “banhos medicinais; aplicação de “ventosas”; utilização de “purgantes” e uma percentagem significativa (70%) recorrem a práticas de fé (peregrinações e promessas) para obter a cura para certas doenças.

As práticas médico-religiosas (peregrinações e promessas) são uma realidade para curar certas doenças, seja como primeira medida, como alternativa complementar ou como último recurso à falta de respostas da biomedicina. Esta procura de ajuda divina não constitui nenhuma originalidade, uma vez que é ensinada ao povo pela doutrina cristã (Pereira, 2000).

Estes resultados permitem dizer que, a prática religiosa, assente na fé católica, ainda se encontra bem presente nos idosos inquiridos, e pode ser reflexo da existência, em todas as localidades do concelho de Bragança, de um Santo Padroeiro, símbolo que representa a aldeia e intercede por ela junto do Altíssimo, muitas vezes associados à cura de determinadas doenças, o que leva os idosos a evocar o seu nome em momentos de aflição e aos quais são feitas promessas e ofertas monetárias ou em cera, e são também ofertadas missas em sua honra, como refere Fontes (1997). Destas,

algumas são para pedir graças e outras são para agradecer. Assim, face ao sofrimento e ao infortúnio, Deus, os Santos a Virgem Maria, as promessas, a fé e a oração continuam a ser uma referência marcante do povo transmontano, daí ser comum ouvir expressões como “valha-me Deus”, “Deus me acuda”, “Deus me guarde”, “Deus me acompanhe” e “Deus me ajude”.

As peregrinações ao Santuário de Nossa senhora de Fátima também reflectem bem o respeito pelas entidades religiosas. No entanto, seja qual for a intersecção, perdura a crença que em momentos de aflição todo o Santo poderá intervir junto do Altíssimo sobretudo para aliviar o sofrimento e a dor.

Nas situações em que os idosos “recorreriam prioritariamente a um padre ou a um vidente” constatou-se que 84,5% dos inquiridos referiu fazê-lo em situações mais relacionadas com o sobrenatural tais como “encostos por almas do outro mundo”. A possibilidade de comunicação entre “este Mundo” e o “outro Mundo” e o modo como isso pode originar doença, ilustra bem a concepção divulgada pelo cristianismo de o ser humano ser composto de duas partes, uma delas mortal e outra eterna e a morte impõe a separação das duas partes. Em consequência desta ideia, existe a crença, de que as almas dos defuntos se “encostam” ou “entram” em pessoas a “quem faltaram com as palavras do baptismo” ou, que estejam vulneráveis, como as mulheres durante a menstruação ou no pós parto, alturas em que “têm o corpo aberto”. Esta crença estende-se também ao “ar” ou seja, as almas dos defuntos também podem atingir as pessoas por intermédio de um “ar de defunto” que se pode apanhar nos velórios ou nos funerais (Alves, 1981).

Pela análise descritiva dos dados verifica-se que 92 idosos admitem “recorrer prioritariamente ao curandeiro” em determinadas situações. Destes 30,9% dizem consultar prioritariamente um curandeiro no caso de “ossos fora do lugar”. O que vai de encontro ao inquérito realizado por Fontes & Sanches (2000) no âmbito das tendências comportamentais face à doença; os autores constataram que, nas doenças consideradas do curandeiro, 48,8% dos inquiridos referiram consultar prioritariamente um endireita no caso de “ossos fora do lugar”.

Verifica-se, ainda, nesta sub-amostra que as doenças sociais, produto de um mal provocado por “inveja” (25,5%) e “mau-olhado” (22,3%), podem sanar-se com a intervenção de um curandeiro. Tal como no estudo citado por Helman (2003) sobre as crenças relacionadas à saúde entre negros norte-

americanos também aqui alguns problemas de saúde são atribuídos à bruxaria e feitiçaria.

A tudo isto, soma-se o recurso a práticas mágico-religiosas, “rezas, orações, objectos e benzimentos”, seja como primeira medida ou como último recurso, são usados frequentemente pelos idosos em foco já que, 54,5% admitiu este recurso, o que pressupõe crer no poder Divino, ao mesmo tempo que se crê também no poder maléfico do seu semelhante, particularmente no contexto da inveja e do mau olhado, daí a necessidade de recorrer a expedientes de protecção mágica. Esta crença de contornos profundamente mágico religiosos foi descrita por Alves (1981) e Afonso (1983).

Tendo em conta os resultados obtidos nas questões que quantificam o “recurso à medicina popular”, percebe-se que os idosos entrevistados não prescindem de recorrer ao seu saber médico e à memória médica popular. A comprová-lo está o recurso de 85,7% dos idosos, a “mesinhas caseiras” de modo específico, através de um conjunto de meios e processos “terapêuticos”, como inalações, infusões e aplicações na pele (emplastos e cataplasmas), na prevenção e tratamento dos mais variados processos de saúde-doença.

Apesar dos recursos e práticas encontradas e expostas anteriormente, sobressai o facto de que, quando questionados directamente se já alguma vez tinham recorrido a um curandeiro, 29,2% dos idosos admitiram fazê-lo. Constata-se pelos resultados obtidos que as explicações, sobre a ocorrência de doença, não variam muito. Os curandeiros relacionam a incidência dessa condição a factores epidemiológicos de natureza social e sobrenatural. O mal de inveja, por exemplo, apresenta um valor bastante significativo (42%). Culpar outras pessoas pelos problemas de saúde de alguém é um aspecto comum em sociedades pequenas, onde os conflitos interpessoais são frequentes (Nunes, 1997).

No presente estudo, à semelhança do que Kearney (1980) escreveu no seu artigo sobre curas espiritualistas no México algumas causas de doenças, pelos curandeiros, são justificadas pelas intrusões de espíritos e de forças sobrenaturais.

Nesta linha de causalidade, verifica-se que 12% desta sub-amostra tenham dito que a doença era provocada por um “encosto”, ou seja, tinham um espírito maligno encostado. Neste caso, a enfermidade é atribuída a acções directas de entidades sobrenaturais como espíritos. Abordagens

semelhantes, que ligam os problemas de saúde à intrusão de espíritos malignos, têm sido descritas na comunidade transmontana.

A partir da análise descritiva dos dados verifica-se que, não se pode estabelecer um modelo único de organização dos itinerários terapêuticos, podendo o indivíduo recorrer simultaneamente a diferentes pessoas ou serviços, ou então fazê-lo sequencialmente, sem que a ordem seja rigorosamente a mesma. O mais raro é a pessoa ficar só pela consulta e pela prescrição médica, procurando, doutras formas, complementar a opinião e a receita médica com outras alternativas, como por exemplo, recorrendo ao curandeiro, à farmacopeia popular, ainda que tudo isto dependa do tipo de enfermidade.

Conclusão

Ao longo deste trabalho foi possível apurar que estes idosos recorrem ao saber médico oficial e ao saber médico popular. A categorização da doença, levada a cabo pelo doente e radicada no saber transmitido oralmente ao longo das gerações, implica a selecção de tratamentos e de pessoas consideradas capazes de elaborar um diagnóstico, de estabelecer o tratamento e de contribuir para a cura.

No contexto estudado, verifica-se que a saúde e a protecção contra as doenças são uma preocupação sempre presente no discurso dos inquiridos. Os idosos que fizeram parte da amostra, apesar de possuírem um baixo nível de habilitações, exprimem com naturalidade as suas crenças, os seus saberes e as suas experiências acerca da saúde e da doença. É como se os idosos, encontrassem na doença a sua forma última de expressão. Face a esta preocupação, neste concelho existe todo um sistema de crenças que envolve as questões de saúde e de doença. Constata-se que as pessoas acreditam na medicina, no entanto, se tal se revelar necessário perante uma doença, recorrem a outros agentes que não, apenas, à ciência médica.

Na satisfação das necessidades no campo da saúde-doença, os inquiridos recorrem a um conjunto variado de recursos e estratégias em saúde. Tais recursos incluem o uso de medidas populares como: uso de “banhos medicinais; aplicação de “ventosas”; utilização de “purgantes”; “infusões”; “inalações”; “emplastos”; “bruxas”; “endireitas” e uma percentagem significativa recorrem a práticas de fé (peregrinações e promessas) para obter a cura para certas doenças. Frente às carências e condições restritivas de vida que enfrentam, estes idosos, exploram os

recursos de que dispõem, aproveitando-se de saberes e práticas existentes no campo da saúde-doença.

Os princípios culturais de conduta são transmitidos de geração em geração, sobretudo através do exemplo e da oralidade. Assim, a decisão de procurar ajuda, em situação de doença, resulta de uma convergência de factores. Os resultados estatísticos parecem confirmar que a decisão de recorrer à medicina popular está relacionada com o grau de escolaridade, situação económica, recurso ao curandeiro, doenças crónicas, relações familiares e estado de saúde.

Dos resultados obtidos conclui-se que nesta amostra existe uma mescla do popular com o científico, do passado com o progresso, sem que isto signifique perda de identidade cultural, já que, persistem na conservação das tradições e das crenças.

Referencias bibliograficas

- Alves, F. M. (1981): *Memórias arqueológico-históricas do distrito de Bragança: Arqueologia e etnografia* (2ª ed.). Bragança: Tipografia Académica.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*: (2003). Circulo de Leitores. Mem Martins: Printer Portuguesa, 674, 1158, 1478, 2433.
- Fontes, A. L., & Sanches, J. D. (2000): *Medicina Popular Barrosã: Ensaio de antropologia médica* (2ª ed). Lisboa: Editorial Noticias.
- Foster, G. M. (1976): *Disease etiologies in Non-Western Medical Systems*. American Anthropologist, 78(4), 773-782.
- Melo, M. L. (2005): *Comunicação com o doente: Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Noronha, M. (2000c): “A etnopsiquiatria na sociedade contemporânea”. Noronha, M. (ed). *Curso de etnopsiquiatria – World Psychiatric Association*. Rio de Janeiro: ABE e ABP, 44-55.
- Nunes, B. (1997): *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Oliveira, E. R. de. (1985): *O que é medicina popular?* São Paulo: Abril Cultural Brasiliense.
- Oliveira, J. (2005): *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis editora.
- Organização Mundial de Saúde (1948): *Officials records of the world health organization* (2, 100). United Nations, World Health Organization. Geneve: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (1978): *The promotion and development of traditional medicine*. WHO.
- Organização Mundial de Saúde (1986): *As metas de saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Organização Mundial de Saúde (1987): *Les tendances demographiques dans la région Européenne*. Copenhagen.
- Organização Mundial de Saúde (1998) : *Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au 21º. siècle: Une perspective por tous*. Genève : OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2000): *Pautas generales para las metodologías y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra: OMS
- Paul, C., & Fonseca, A. (2001): *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pereira, L. S. (2000): *Médico, Xamã ou ervanária? Doença e ritual entre os Mapuche do sul do Chile*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Philibert, M. (1984) : Le status de la personne âgée dans la sociétés antiques et pré-industrielles. *Sociologie et Sociétés*. 16(2), 15-27.
- Pimentel, L. (2001): *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto editora.
- Polanah, L. (2003): “Os congressos de medicina popular de vilar de perdices”. *Instituto de Ciências Sociais*, 33/34, 1-3.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995): *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quartilho, M. (2001): *Cultura, medicina e psiquiatria: Do sintoma à experiência*: Coimbra: Quarteto editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992): *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. L. P. (1998): *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA
- Ribeiro, J. L. P. (1999): *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ross, L.R. (1983): *Folk Medicine and Methaphor in the Contexto f medicalization: Syncretics in Curing Practices, in The Antropology of Medicine: From Culture to Method*, J.F. Bergin Publishers Inc, 5-19.
- Santos, A. R. (1999): *Metodologia científica – A construção do conhecimento* (2ª ed). Rio de Janeiro: DP&S Editora.
- Santos, E. (1992): *O homem Português perante a doença: Atitudes e receituário*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.
- Schoroots, J., & Birren, J. (1980): *A psycological point of view toward human aging andadaptability*. In: Adaptability and aging, proceedings of 9th International conference of social gerontology. Quebec. 43-54.
- Taylor, C. M. (1992): *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Merene* (13ª ed). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Sturzenegger, O. (1996): « L`indien comme thérapeute créole ».Benoist, J. (ed). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala, 71-88.
- Uchôa, E., Vidal, J. M. (1994): “Antropologia médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença”. *Cadernos de Saúde Publica Rio de Janeiro*, 10 (4), 497-504, Out/Dez.

Vara, L. R. A. (1996): “Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria”. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

Vasconcelos, E. M. (1991): *Educação Popular nos Serviços de Saúde* (2ª ed). São Paulo: Hucitec.

Zola, I. K. (1966): “Culture and Symptoms: an analysis of patient’s presenting complaints”. *Am. Social. Rev.*, 31, 615-630.

Zola, I. K. (1973): “Pathways to the Doctor: From Person to Patient”. *Social Science and Medicine*, 7, 677-689.

Biografía de la autora

Enfermeira no Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E. - Unidade de Saúde de Bragança. Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Bragança.

Curso de Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Estudos Avançados realizados na área de conhecimentos de Psicologia. Doutoramento em Cultura e Psicosociologia de la Comunicación (Uex).

Recibido: 3 Agosto de 2010.

Aceptado: 12 de Noviembre de 2010.