

Práticas de cuidado e cura no quilombo Abacatal

Care and cure practices in Abacatal quilombo

La atención práctica y la curación en quilombo Abacatal

Paule Almeida da Gama ¹
Thais Cantão de Souza ²
William Dias Borges ³
Nádile Juliane Costa de Castro ⁴

Artigo de pesquisa. Editor: : Juan Alvaro Echeverri

Recebido: 2017-07-27. **Devolvido para revisão:** 2018-06-05. **Aceito:** 2018-09-17.

Como citar este artigo: Gama, P. A.; Souza, T. C.; Borges, W. D.; De Castro, N. J. C. (2019). Práticas de cuidado e cura no quilombo Abacatal. *Mundo Amazônico*, 10(1): 225-242. <http://dx.doi.org/10.15446/ma.v10n1.66610>.

Resumo

O presente estudo identifica o uso de plantas nas práticas de cuidado e cura, assim como desvela a percepção quanto aos resultados obtidos com o uso destas em uma comunidade quilombola. A pesquisa usou a abordagem tanto qualitativa como quantitativa, logo, trata-se de uma pesquisa por métodos mistos, desenvolvida por meio da base do modelo de estudos de caso único, efetivada por questionário à 22 interlocutores, e analisados por meio da análise de conteúdo temática-categorial. O campo foi uma comunidade quilombola, localizada no Município de Ananindeua-PA. Os resultados revelaram que 100% dos participantes conhecem e fazem uso de algum tipo de prática integrativa/complementar com elementos da natureza, sendo identificadas 85 plantas, com as mais diversas finalidades. Identificou-se também as práticas de cuidado e cura utilizados pelos quilombolas, sendo o uso de chás a prática mais recorrente seguida da benção, defumação, reza e banho de cheiro. A pesquisa permitiu traçar condutas para profissionais de saúde de acordo com a teoria transcultural, respeitando a individualidade de acordo com as crenças e valores.

Palavras chave: Plantas medicinais; Práticas de cuidado; Transcultural. Comunidades tradicionais.

¹ Enfermeira. Universidade da Amazônia (UNAMA). paulegama@hotmail.com

² Enfermeira. Universidade da Amazônia (UNAMA). thaissouza@hotmail.com

³ Núcleo de Altos Estudos Amazônicos - Universidade Federal do Pará. Doutoranda em Desenvolvimento Sustentável pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Mestre em Doenças Tropicais. Especialista em Saúde Pública. williandborges@hotmail.com

⁴ Doutoranda em Desenvolvimento Sustentável. Mestre em Doenças Tropicais. Enfermeira. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará (UFPA). nadiledecastro@hotmail.com

Abstract

Present paper identifies care and healing practices, as well as reveals the perception about the results obtained with the use of plants in a quilombola community. The research used the qualitative as well as the quantitative approach, so it is a research by mixed methods, developed through the basis of the model of single case studies, carried out by questionnaire to 22 interlocutors, and analyzed through content analysis Thematic-categorical. This study was carried out in a quilombola community, located in the municipality of Ananindeua-PA. The results state that 100% of the participants know and use some kind of integrative / complementary practice, these being 85 plants, with the most diverse purposes. It was also identified the practices of care and cure used by the quilombolas, being the use of teas the most recurrent practice followed by the blessing, smoking, praying and bath of smell. The research made it possible to draw up guidelines for health professionals according to cross-cultural theory, respecting individuality according to beliefs and values.

Keywords: Medicinal plants; Care practices; Transcultural. Community populations.

Resumen

Este estudio identifica cuidado práctico y la curación, así como revela la percepción de los resultados obtenidos con el uso de plantas en un quilombo. La investigación utilizó tanto el enfoque cualitativo y cuantitativo, por lo que es una búsqueda de métodos mixtos, desarrollado a través de la base de estudios de caso único modelo, el cuestionario efectivo de 22 socios, y se analizó mediante análisis de contenido -temática categórica. Este estudio se realizó en un quilombo situado en el municipio de Ananindeua-PA. Estos resultados confirman que el 100% de los participantes conocen y hacen uso de algún tipo de práctica integradora/complementaria, y estas 85 plantas, muchos propósitos diferentes. También se identificó el cuidado y las prácticas de curación utilizados por los cimarrones, y el uso de tés para una práctica más habitual seguido por la bendición, el tabaquismo, la oración y el olor del baño. La investigación permitió rastrear el comportamiento de los profesionales de la salud de acuerdo a la teoría transcultural, respetando la individualidad de acuerdo con las creencias y valores.

Palabras clave: Plantas medicinales; cuidado prácticas; Transcultural. poblaciones tradicionales.

Introdução

Populações de todo o mundo tem usado tradicionalmente ao longo dos séculos plantas na busca por alívio, cura de doenças e controle de pragas. Essas espécies utilizadas pelas práticas populares em saúde têm se tornado objeto de estudo em muitos países por meio da indústria farmacêutica e tem criado uma contínua corrida mercadológica pela descoberta de novos fármacos. Esta configuração não é particular da atualidade, pois a biodiversidade da Amazônia vem desde o século XVI despertando interesse da comunidade internacional.

Neste cenário, insere-se as comunidades tradicionais com destaque aqui para os remanescentes quilombolas, que fazem uso de plantas medicinais em seu cotidiano, principalmente como recurso terapêutico (Sales, Albuquerque e Cavalcante, 2009). Estes grupos acumulam conhecimento sobre essas plantas nativas de seus territórios, o que na Amazônia pode se misturar ao conhecimento indígena. Essas singularidades de conhecimento podem ser encontradas no Brasil por meio dos 24 estados da federação que possuem registro de comunidades quilombolas (CPISP, 2015).

Ressalta-se, portanto, que as comunidades remanescentes quilombolas, são populações de origem afrodescendente que introduziram por meio de

processo de fuga e ocupação de terras - livres, isoladas, doadas ou recebidas por herança - em função do regime escravocrata do Brasil, grupamentos em que cultivavam lavoura e habitações, constituindo coletividade camponesa em função do compartilhamento de território (Leitão, 1999). Este aspecto é peculiar a estas comunidades tradicionais, já que os grupos se organizam distintamente, utilizando dos recursos naturais para manter sua cultura, e demais características de forma equilibrada, realizando a manutenção do conhecimento dessas práticas a fim de manter a qualidade de vida das presentes e futuras gerações (Brasil, 2015).

Pertinente a isto, desde o cenário de escravidão brasileira, têm-se obtidos avanços na demarcação das terras das populações quilombolas em todo território nacional. Tais fatos iniciaram-se na região norte do Brasil, sendo a primeira terra titulada registrada no estado do Pará, no município de Oriximiná, região oeste do Pará. Até o ano de 2018 foram tituladas segundo a CPISP (2018) 170 comunidades no território nacional.

Neste seguimento, dentro do cenário do estado do Pará, podemos destacar a comunidade do Abacatal, localizada na área rural do município de Ananindeua, às margens do igarapé Uriboquinha, e que teve sua origem no século XVIII. Este grupo é constituído por uma população majoritariamente negra, com uma forte tradição mantida pela oralidade, e que sobreviveu por muito tempo, explorando os recursos da floresta, dos rios e praticando uma economia baseada na agricultura e no extrativismo vegetal. É uma comunidade que possui o título de propriedade como remanescente de quilombo e apresenta problemas gerados pela insuficiência de serviços básicos como transporte, saúde e segurança. Tal condição revela a atenção para as possibilidades de efetivação de políticas públicas que atendam suas demandas sociais (Pavão, 2010).

Nestes modos, considerando importante valorizar a preservação da identidade cultural dos quilombolas por meio do estudo de suas práticas de cuidado e cura, é importante realizar estudos que registrem as atividades que reafirmem a cultura de uma comunidade. Nota-se que estas populações possuem compreensões próprias de saúde e doença e fazem uso de técnicas alternativas de cuidado e cura, ensinadas de geração para geração por meio da oralidade entre seus agentes sociais (Martins, 2010). Esses recursos são bastantes valorizados por comunidades tradicionais, sobretudo pelo custo benefício (Alves et al., 2015). Essa afirmativa ocorre, pois, os recursos são advindos da natureza, o que propõe um custo mais baixo e relação a fármacos. Logo, é relevante conhecer fatos a fim de preservar histórias e construir registros.

Neste seguimento, vale ressaltar das evidências apontadas sobre a prática do uso de ervas medicinais para a cura de doenças. Vários autores (Almeida, Barbosa e Santana, 2016; Albuquerque e Silveira, 2015) citam essas funcionalidades, de cunho religioso e da natureza, onde suas práticas

em conjunto viabilizam atividades que gerem a cura de enfermidades, pela interação que produzem.

Tais evidências possibilitam identificar as diversidades de um grupo ou de uma região, o que amplia que novas reflexões sejam realizadas para as práticas de saúde a fim de organizar melhor os serviços e a assistência coletiva e individual. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é identificar práticas de cuidado e cura, assim como desvelar a percepção quanto aos resultados obtidos com o uso de plantas em uma comunidade quilombola.

Introdução

Trata-se de uma pesquisa por métodos mistos desenvolvida por meio da base do modelo de estudos de caso (Creswell, 2013; Yin, 2016), pois este método contribui para o conhecimento de fenômenos de indivíduos e grupos, permitindo uma visão holística quanto ao comportamento de grupos, o que nos fornece subsídios significativos para conduzir o objeto da pesquisa. O estudo se qualifica como do tipo de estudo de caso do tipo único e holístico.

Este estudo foi realizado em uma comunidade quilombola, localizada no município de Ananindeua, Estado do Pará (48°21' de latitude sul e 01°25' de longitude norte), com aproximadamente 53 famílias quilombolas residentes, e com área de aproximadamente 308,1991 m² e com título datado em 13/05/1999. A comunidade de Abacatal está localizada na área rural do município de Ananindeua e teve sua origem no século XVIII, encontrando-se situada às margens do igarapé Uriboquinha, que desemboca no rio Guamá (Pavão, 2010).

Tal estudo é resultado de monografia de conclusão de curso de uma universidade particular situada na cidade de Belém do Pará. A mesma foi conduzida por orientadores do instituto de saúde desta instituição e realizada por meio de bases científicas do campo de saúde coletiva. Como seu objeto era identificar o conhecimento por meio da população estudada, foi escolhida visita a local e uso de questionário. Não foram catalogadas plantas e não foram realizadas coletas das mesmas, pois não era objeto de estudo. Assim sendo, foram realizadas quatro visitas in loco, e 22 entrevistas no período de setembro a novembro de 2015.

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento o questionário contendo perguntas abertas e fechadas. O questionário foi estruturado da seguinte forma: na primeira etapa constam as perguntas referentes aos dados sociodemográficos de cada participante e na segunda etapa os questionamentos acerca das práticas cuidativas-curativas utilizadas pelos participantes da pesquisa. A configuração deste questionário foi direcionada para identificar o conhecimento e uso das plantas no que se refere ao entrevistado, ou seja, suas indicações e/ou informações diretas, sem comparações e identificações botânicas, assim como no foi realizado nenhum estudo experimental.

A amostra caracterizou-se como não probabilística composta por 22 moradores da comunidade do Abacatal, sendo 6 homens e 16 mulheres que têm o conhecimento sobre as práticas tradicionais de cuidado e cura referente a plantas medicinais. A média de idade dos participantes foi de 55,7 anos, sendo o mais novo com 19 anos e o mais idoso com 91 anos. Todos foram codificados com nome de flores para uso de suas falas a fim de preservar suas identidades. Os resultados das frequências das plantas utilizadas e citadas pela população estudada, foi realizada por meio de somatória simples, conforme citação identificada pelo uso do questionário.

Para análise das entrevistas foi utilizado o método de análise de conteúdo temático-categorial de Bardin, que se distinguem em três etapas: a pré-análise: a exploração do material; e o tratamento dos resultados. Desta forma a análise foi realizada após a leitura do material, identificação dos temas e categorização dos resultados (Bardin, 1997).

Resultados e Discussão

Plantas utilizadas e suas aplicabilidades

Foram relatados ao todo 85 plantas conforme observado na Tabela 1. Na sequência, listou-se os nomes populares, dos quais os usos terapêuticos mais frequentes foram: Anador (*Justicia pectoralis*), Limão (*Citrus limon*), Alho (*Allium sativum*), Verônica (*Veronica officinalis*) e Boldo (*Plectranthus barbatus*) obtendo respectivamente a frequência de 16,4% (14 participantes), 14,1% (12 participantes), 14,1% (12 participantes), 12,9% (11 participantes) e 11,7% (10 participantes) (Tabela 1; Figura 1).

Tabela 1. Plantas mais utilizadas no quilombo Abacatal

PLANTA	FREQ. MENCION	%	PLANTA	FREQ. MENCION	%
Anador (<i>Justicia pectoralis</i> / <i>Acanthaceae</i>)	14	16,4%	Cacau verde (<i>Theobroma cacao</i> / <i>Sterculiaceae</i>)	1	1,1%
Alho (<i>Allium sativum</i> / <i>Liliaceae</i>)	12	14,1%	Caxinguba (<i>Ficus adhatodifolia</i> / <i>Moraceae</i>)	1	1,1%
Limão (<i>Citrus limonum</i> / <i>Rutaceae</i>)	12	14,1%	Cânfora <i>Cinnamomum</i> <i>camphora/Laureaceae</i>)	1	1,1%
Verônica (<i>Veronica officinalis</i> / <i>Scrophulabiaceae</i>)	11	12,9%	Canarana (<i>Costus spicatus</i> / <i>Zingiberaceae</i>)	1	1,1%

PLANTA	FREQ. MENCION	%	PLANTA	FREQ. MENCION	%
Pariri (<i>Arrabidaea chica</i> / <i>Bignoniaceae</i>)	9	10,5%	Coramina (<i>Pedilanthus thymaloides</i> / <i>Euphorbiaceae</i>)	1	1,1%
Elixir Parigórico (<i>Piper callosum</i> / <i>Piperaceae</i>)	7	8,2%	Corrente roxa (<i>Scoparia dulcis</i> / <i>Scrophulariaceae</i>)	1	1,1%
Hortelãzinha (<i>Mentha Spicata</i> / <i>Lamiaceae</i>)	7	8,2%	Erva Doce (<i>Pimpinella anisum</i> / <i>Umbelliferae</i>)	1	1,1%
Brasileirinha (<i>Euonymus Japônica</i> / <i>Celastraceae</i>)	6	7%	Goiaba (<i>Psidium guajava</i> / <i>Myrtaceae</i>)	1	1,1%
Erva Cidreira (<i>Melissa officinalis</i> / <i>Lamiaceae</i>)	6	7%	Imbiriba (<i>Eschweira ovata</i> / <i>Lecythidaceae</i>)	1	1,1%
Castanha (<i>Bertholletia excelsa</i> / <i>Lecythidaceae</i>)	5	5,8%	Inajá (<i>Maximiliana Maripa</i> / <i>Arecaceae</i>)	1	1,1%
Mucuracaá (<i>Petiveria alliacea</i> / <i>Phytolaccaceae</i>)	5	5,8%	Jucá (<i>Caesalpinia ferrea</i> / <i>Fabaceae</i>)	1	1,1%
Arruda (<i>Ruta graveolens</i> / <i>Rutaceae</i>)	4	4,7%	Mangueira (<i>Mangifera indica</i> / <i>Anacardiaceae</i>)	1	1,1%
Caatinga de m (<i>Tanacetum vulgare</i> / <i>Asteraceae</i>)	4	4,7%	Maria Preta (<i>Solanum americanum</i> / <i>Asparagaceae</i>)	1	1,1%
Capitiú (<i>Siparuna guianensis</i> / <i>Monimiaceae</i>)	4	4,7%	Mastruz (<i>Chenopodium ambrosioides</i> / <i>Chenopodiaceae</i>)	1	1,1%
Capim Santo (<i>Cymbopogon citratus</i> / <i>Poaceae</i>)	4	4,7%	Noz-moscada (<i>Myristica fragrans</i> / <i>Myristicaceae</i>)	1	1,1%
Japona (<i>Eupatorium triplinervis</i> / <i>Asteraceae</i>)	4	4,7%	Orelha de macaco (<i>Datura stramonium</i> / <i>Solanaceae</i>)	1	1,1%
Caju (<i>Anacardium occidentale</i> / <i>Anacardiaceae</i>)	3	3,5%	Pião Roxo (<i>Jatropha gossypifolia</i> / <i>Euphorbiaceae</i>)	1	1,1%
Marupázinho (<i>Eleutherine bulbosa</i> / <i>Iridaceae</i>)	3	3,5%	Pimenta do reino (<i>Piper nigrum</i> / <i>Piperaceae</i>)	1	1,1%

Terramicina (<i>Alternanthera brasiliiana</i> / Amaranthaceae)	3	3,5%	Quiabo (<i>Abelmoschus esculentus</i> / Malvaceae)	1	1,1%
Unha-de-gato (<i>Uncaria tomentosa</i> / Rubiaceae)	3	3,5%	Quina (<i>Cinchona calisaya</i> / Rubiáceas)	1	1,1%
“Melhoral” (<i>Justicia pectoralis</i> / Acanthaceae)	2	2,3%	Sucuba (<i>Himatanthus</i> <i>sucuuba</i> /Apocynaceae)	1	1,1%
Andiroba (<i>Carapa guianensis</i> / Meliaceae)	2	2,3%	Tamanqueira (<i>Aegiphila sellowiana</i> / Lamiaceae)	1	1,1%
Cabi (<i>Cabi paraenses</i> / Malpighiáceas)	2	2,3%	Tucumã (<i>Astrocaryum</i> <i>aculeatum</i> /Arecaceae)	1	1,1%
Camembeca (<i>Polygala spectabilis</i> / Polygalaceae)	2	2,3%	Unha-de-gavião (<i>Uncária tomentosa</i> / Rubiáceas)	1	1,1%
Laranja da Terra (<i>Citrus aurantium</i> / Rutaceae)	2	2,3%	Quebra-pedra (<i>Phyllanthus niruri</i> / Euforbiáceas)	1	1,1%
Limãozinho (<i>Pectis brevipedunculata</i> / Asteraceae)	2	2,3%	Aroeira (<i>Schinus terebinthifolius</i> / Anacardiaceae)	1	1,1%
Pucá (<i>Cissus sicyoides</i> / Vitaceae)	2	2,3%	Barbatimao (<i>Stryphnodendron</i> <i>barbatiman</i> /Fabaceae)	1	1,1%
Sucurijú (<i>Mikania lindleyana</i> / Asteraceae)	2	2,3%	Buscopam (<i>não identificado</i>)	1	1,1%
Uxi (<i>Endopleura uchi</i> <i>huber</i> /Humiriaceae)	2	2,3%	Sacaca (<i>Croton cajucara</i> / Euphorbiaceae)	1	1,1%
Gengibre (<i>Zingiber officinale</i> / Zingiberaceae)	2	2,3%	Mamão (<i>Carica papaya</i> / Caricaceae)	1	1,1%
Cupuaçu (<i>Theobroma</i> <i>grandiflorum</i> /Malvaceae)	2	2,3%	Abiu (<i>Pouteria caimito</i> / Sapotaceae)	1	1,1%
Abacate (<i>Persea americana</i> / Lauraceae)	1	1,1%	Pupunha (<i>Bactris gasipaes</i> / Arecaceae)	1	1,1%
Açaí (<i>Euterpe oleracea</i> / Arecaceae)	1	1,1%	Malvarisco (<i>Althaea officinalis</i> / Malvaceae)	1	1,1%

PLANTA	FREQ. MENCION	%	PLANTA	FREQ. MENCION	%
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> /Lamiaceae)	1	1,1%	Capim marinho (<i>Spartina alterniflora</i> / Poaceae)	1	1,1%
Alfazema (<i>Lavandula angustifolia</i> /Lamiaceae)	1	1,1%	Manjeriçã (<i>Ocimum basilicum</i> / Lamiaceae)	1	1,1%
Amapá (<i>Parahancornia fasciculata</i> /Apocynaceae)	1	1,1%	Pataqueira (<i>Schizolobium parayba</i> / Caesalpinoidea)	1	1,1%
Ansiulina (<i>Cissus sicyoides</i> / Vitaceae)	1	1,1%	Anajá (<i>Attalea maripa</i> / Arecaceae)	1	1,1%
Apuí açu (<i>Ficus insipida</i> / Moraceae)	1	1,1%	Favaquinha (<i>Ocimum micranthum</i> / Lamiaceae)	1	1,1%
Arapuana (<i>Ptychopetalum Olacoides</i> /Olacaceae)	1	1,1%	Sororoca (<i>Phenakospermum guianense</i> /Strelitziaceae)	1	1,1%
Batata do mato (<i>Solanum tuberosum</i> / Solanaceae)	1	1,1%	Ingá xixi (<i>Inga sellowiana</i> / Fabaceae)	1	1,1%
Biribá (<i>Rollinia mucosa</i> / Annonaceae)	1	1,1%	Marapuana (<i>Ptychopetalum Olacoides</i> /Olacaceae)	1	1,1%
Jeriparana (<i>Gustavia augusta</i> / Lecytidaceae)	1	1,1%			

Por conseguinte, desvelou-se o conhecimento e ações de cada planta, assim como em outros estudos (Badke et al. 2016), contudo nos prevalece entender a notória variedade de plantas citadas, o que possibilita identificar a diversidade de conhecimento deste grupo. Logo, por essas relações e fatos, os saberes são revelados como características usuais de um povo, e se sobressaem para este estudo quanto à propriedade cientificamente aceita.

Ampliando a discussão, ao serem questionados se usavam alguma Terapia Integrativa/Complementar (PIC), que é uma política que “vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia” BRASIL (2015, p.15), alguns dados foram identificados. No geral, 22 (100%) dos entrevistados afirmaram positivamente seus usos.

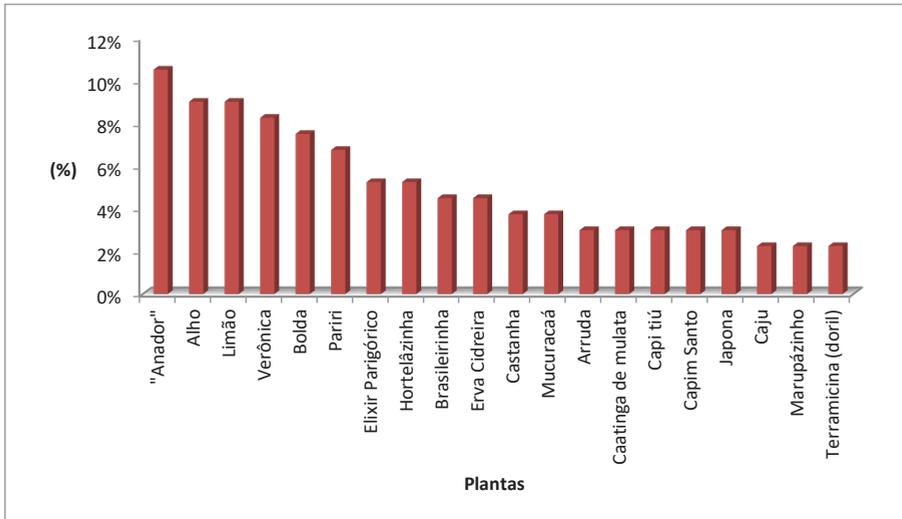


Figura 1. As 20 plantas mais utilizadas no quilombo Abacatal.

Dentre as PIC's conhecidas pelos entrevistados a mais citada foi o uso de chás (fitoterapia) com 22 citações (100%), em seguida, vêm benzeção com 14 citações (61%), reza com 5 citações (22%), defumação com 2 citações (9%) e banho com 1 citação (4%) (Figura 2).

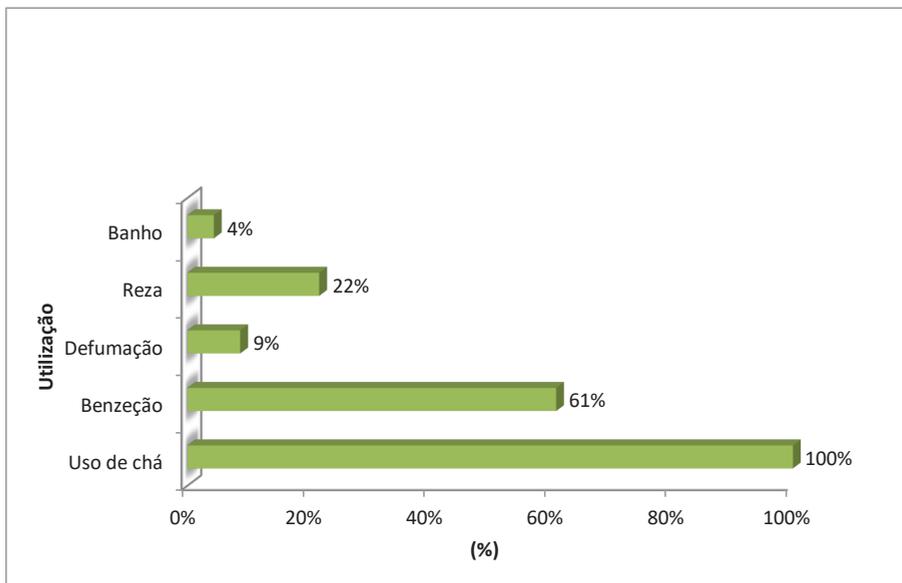


Figura 2. Práticas Alternativas Complementares ou ritos mais usados no quilombo Abacatal.

As práticas de cunho religioso são bem perceptíveis na utilização destas plantas, pois, de forma integral quatro dos 5 tipos de utilização citadas estão relacionados com alguma prática religiosa ou de cura. Tais condições são reconhecidas como prática de *benzimento*, onde mesclam religião e natureza (Chagas 2007), sendo uma integração entre corpo, ambiente e religiosidade (Lima 2016). Ainda, esta prática ocorre por meio da utilização destas ervas como instrumento para “passes” entre o agente e o usuário, e também por meio de seu uso para absorver energias espirituais. Práticas como essas são consideradas representações de tradição, que expressam resistência cultural (Paz et al. 2015).

Contudo, em alguns casos, a condição do uso como chá possivelmente está ligada a condição de cura por infusão direta no organismo sem a dependência de terceiros para sua efetivação. Os relatos abaixo demonstram como a fácil acessibilidade, assim como o baixo custo para a preparação dos chás e infusões são algumas das vantagens da terapia com plantas medicinais no Brasil, e é um fator decisório na escolha:

“Porque eu digo mesmo, olha se eu for comprar um remédio de farmácia, pra eu acertar um que vá fazer efeito na criança eu já gastei muito. E eu não, eu vou certo naquele (chá) porque eu sei que vai fazer efeito” (Margarida).

“Esses remédio assim é melhor do que os de farmácia, eu acho”. “Eu acho que às vezes é muito mais prático do que tomar o comprimido, é bom” (Canela).

“É porque o chá, às vezes a gente não tem o comprimido próprio ai o cara pega aqui, faz o chá e toma” (Lírio).

Ainda há dentro desta lógica, a percepção que a condição de *natural* é melhor, ideia que está inserida na crença da cultura popular. As falas revelam exatamente como a facilidade do acesso à estas ervas é um dos motivos de escolha. A condição do custo é outro fator decisório, justaposto que estas comunidades buscam alternativas mais efetivas e que não tenham gastos financeiros desnecessários que se sobressaiam ao seu orçamento.

Vale ressaltar que dentro da construção da própria identidade de uma comunidade quilombola, como já citado, há valores e ensinamentos que são passados de geração em geração, e subsidiam a escolha das ervas ao invés de produtos farmacológicos, seja pela importância cultural ou pela preservação de identidade. Essa postura é um modo operante de conservar não somente suas referências culturais, mas sobretudo, por ser uma opção para um arranjo que valoriza a prática natural de cuidado.

Em paralelo, em virtude das configurações de mercado, e a busca de novos consumidores, já se observa rotulações direcionadas a públicos que usem produtos de origem natural. A indústria farmacêutica vem criando espaços com produtos rotulados como “naturais”, a fim de expandir o seu público e alcançar patamares maiores, inclusive de populações que ainda usam

plantas medicinais em estado natural. Este processo passa por apropriação de produtos e conhecimentos, assim como da visibilidade de lucro, muito além da valorização de práticas culturais.

Saberes e processos de manutenção do aprendizado

Para entender como essas escolhas são realizadas, os dados da Figura 3 dão subsídios que revelam fatos do uso de práticas caseiras, que vão desde a ancestralidade até o acesso a serviços de fármacos. Logo, questionados sobre o motivo do uso das PIC's 52% (11) entrevistados referiram que aprenderam com a mãe a importância do uso. Registra-se, portanto, que 19% (4) dos entrevistados referiram que aprenderam com a avó; 10% (2) aprenderam com os antigos (ancestrais), por outro lado, outros 10% porque não tem farmácia perto de casa, 5% (1) indicado por pessoa próxima e 5% porque considerar que faz bem ao organismo (Figura 3).

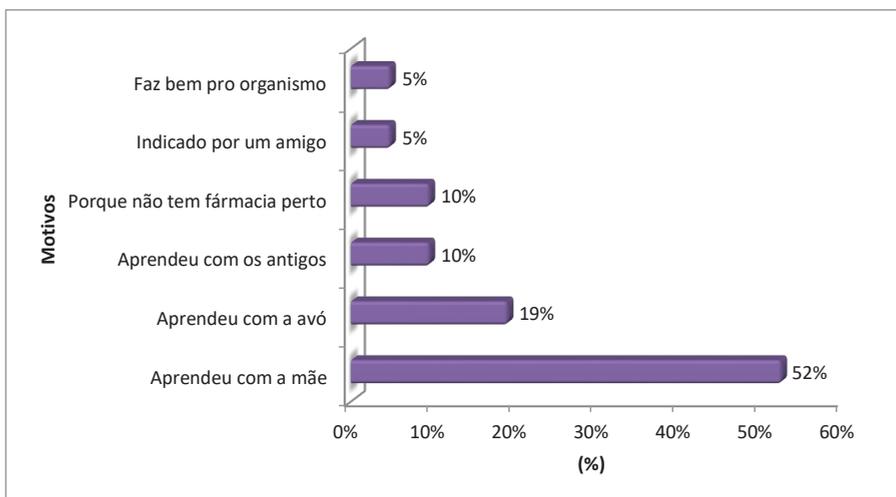


Figura 3. Motivos para o uso de práticas caseiras na comunidade quilombola do Abacatal.

O conhecimento adquirido pelos entrevistados acerca das terapias integrativas/complementares, em especial, a fitoterapia, tem maior relação com o “saber popular” oriundo da tradição oral do que o “saber oficial”, assim como estudos que apontam que as primeiras manifestações desse tipo de conhecimento começam na infância passando de geração para geração (Badke et al. 2012). Ainda de acordo com Cunha (2007) são transmitidos por outras gerações tanto por arquivamentos de conhecimento, como também processos investigativos. Um exemplo disso pode ser encontrado nas seguintes falas dos participantes da pesquisa:

“[...] minha mãe fazia muito remédio para criança, ai eu aprendi, guardei na cabeça.”
(Amor-perfeito).

“Isso ai já é da minha mãe, da minha avó, ai eu via a minha mãe fazer né com a minha avó e eu fui aprendendo” (Camélia).

Essa tradição familiar reforça o modo de transmissão do conhecimento sobre as plantas sustentado na relação de afeto entre a mãe-mulher e seus filhos. Os familiares são os maiores detentores de conhecimento, sobretudo as mulheres da comunidade, sendo as mães e avós as principais transmissoras desse conhecimento (Badke et al. 2012, Nascimento et al 2016). Isto nos revela como de forma não intencional os aprendizados são passados entre as gerações. Logo, é destacada a participação de pessoas de faixa etária maior, pois, são as que detêm em geral o conhecimento de outras gerações.

Práticas funcionais das plantas para a comunidade

Dentro dos direcionamentos de informação-uso-ação, as respostas dos participantes da pesquisa sobre como aprenderam a usar as plantas, demonstra que a grande maioria dos entrevistados faz uso das PIC's para cuidar da própria saúde, ou da saúde de algum membro da família. Isto revela como a escolha e uso se torna algo intimista, familiar e ligado a outras formas de cura e cuidados paralelos a atividades diárias, mas sobretudo, na crença de como estas plantas são eficazes como percebemos nos relatos que seguem:

“Os meus filhos adoeciam, negócio de febre, dor de cabeça, gripe... Eu fazia banho de mato (mistura de capim tiú, folha de limão, capim santo) porque é bom para fazer banho para cabeça, é muito bom” (Jasmin).

“E pra te dizer a verdade, olha meus filhos nunca foram umas crianças que nem bem pegava sol e já tão gripando, pegando sereno, meus filhos nunca foram assim e eu sempre tratei eles com remédio caseiro” (Lírio).

“Eu faço, entendeu? Se der uma dor de barriga, tosse, assim, eu já sei fazer um lambedor, que eles chamam de xarope né...” (Cravo).

Considerando que os cuidados são perceptíveis nas falas, as evidências apontam como a primeira escolha é a planta medicinal natural. Isto é claro quando a maioria dos entrevistados relata que antes de procurar por um serviço de saúde utiliza recursos de PIC's para alívio dos sintomas primários apresentados, como podemos observar através das seguintes falas:

“[...] Olha no tempo que eu tinha os meus filhos pequenos né era muito difícil eu levar meus filhos pra médico, era só com remédio caseiro mesmo” (Amor-Perfeito).

“[...] Os meus doente aqui em casa, quando adoce, se não der jeito, se o remédio do mato não der jeito ai eu levo pro médico, primeiro eu pejo com remédio caseiro até ficar bom” (Lírio).

“Os antigos, de primeira não se tratava com médico, se tratava com remédio do mato, remédio de planta que eles plantavam, isso que era o tratamento da gente, fazia chá, fazia tudo... Nesse tempo não tinha nada de médico, de doutor, era curado em casa” (Copo de Leite).

“Olha eu vou logo ser franca, eu não gosto de ir pra médico, eu não gosto, essa aqui briga comigo (ACS da comunidade) que eu tenho que ir pro médico. Primeiramente eu me pego com Deus e depois eu faço algum remedinho para mim, tomo e pronto, com isso eu fico curada” (Jasmin).

A esse respeito disto é importante destacar que:

Práticas não convencionais de saúde, apesar de muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina oficial, continuam sendo adotadas pela população. Esses métodos não foram sufocados pelo saber científico, exatamente porque podem oferecer respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano (Siqueira et al. 2006: 70).

Consoante a isto, ainda que haja intervenções diretas e indiretas das indústrias farmacêuticas para o uso de fármacos industrializados seja pelas rotinas e os serviços de saúde, há uma resistência, ainda que não intencional por esta comunidade. Mas, vale ressaltar que há programas dentro do próprio serviço do SUS que possibilitam a escolha destas práticas integrativas. Contudo, a intervenção de um modelo biomédico tradicional parece não estar aberto a estes programas, o que dificulta tais ações.

Não há só problemas de aceitação nos serviços, pois condições pontuais como da escolha pela nova geração podem estar influenciando na tomada de decisão destes serviços. Assim como da perda de espaço para outros tipos de terapêuticas.

Corroborando a isto, destaca-se à falta de interesse dos mais jovens em aprender e usufruir das práticas de cura e cuidado que há tanto são perpassadas de geração para geração dentro da comunidade do Abacatal. Os participantes relataram que o uso das plantas para fins medicinais já tiveram maior relevância dentro da comunidade e que esse conhecimento está se perdendo em razão da maior facilidade de acesso aos medicamentos industrializados como podemos notar nas seguintes falas:

“[...] ela só fazia mesmo quando eles eram pequenos porque agora ultimamente a gente vai mais pra farmácia, pros médico, né?” (Orquídea).

“[...] mas agora a gente adoce e não querem mais saber de remédio do mato, querem saber de hospital” (Girassol).

Seguido nesse pensamento, afirma-se que o uso de plantas medicinais por populações rurais é conduzido por uma série de conhecimentos que são reunidos mediante relação direta dos seus membros com o meio ambiente e da disseminação de uma série de informações que têm influência direta pela transmissão oral entre as gerações. A transmissão desse conhecimento assim como as pesquisas realizadas acerca dos usos terapêuticos das plantas vem como reforço contra a ameaça de extinção de incontáveis espécies (Moreira et al. 2002).

A comunidade encontra-se em um processo de transformação onde acontece um confronto entre os modos de pensar e agir tradicionais e os

novos costumes adquiridos com o contato intenso com a sociedade urbana, espelhando-se principalmente nas questões ligada ao processo saúde-doença. As características da comunidade do Abacatal indicam que há na comunidade a valorização das tradições culturais e religiosas dos antepassados (como o uso de chás e a *benzeção*) e há resistência, principalmente, pelos mais velhos a medicina alopática e o uso de fármacos industrializados.

Nesse contexto, pode-se notar que as ações governamentais voltadas para as comunidades quilombolas geralmente são marcadas pela ideia de incentivo à equidade utilizando-se da extensão de ações já existentes a população. Essas políticas ainda partem de uma concepção sanitarista e preventiva tradicional ignorando as especificidades encontradas nas próprias comunidades. Entre tais especificidades quilombolas deve-se reconhecer que os saberes e práticas tradicionais em saúde têm muita relevância dentro da comunidade e muitas vezes definem a identidade desses povos (Gass et al. 2002).

Vale ressaltar que o quilombo conta com uma unidade de saúde - que é um serviço básico de atendimento à saúde pública, que fica localizado dentro do território da comunidade - tendo como ACS (agente comunitário de saúde) uma “filha da terra”, que de quinze em quinze dias realiza no posto de saúde do Abacatal uma visita por meio da Equipe de Saúde da Família Jardim Japonês, que é a equipe de saúde pública deste modelo de saúde, da Unidade de Saúde do Aurá, que fica no bairro Anita Gerosa em Ananindeua, há cerca de 30 minutos de carro. Mas, embora exista essa opção de tratamento, muitos membros da comunidade, principalmente os mais idosos, recorrem ao remédio natural, muitas vezes recusando-se a ir ao serviço de saúde, o que nos parece uma aversão a um lugar que não considera seus conhecimentos e práticas. Neste sentido, é importante considerar o uso destas plantas nesta comunidade, valorizando o amplo conhecimento deste povo.

Ainda na sequência desta categoria, quanto à finalidade de uso foram relatadas pelos participantes da pesquisa as seguintes possibilidades: dor de barriga (12 citações), Dor de cabeça (7 citações), Dor (5 citações), Inflamação (5 citações), Gripe (3 citações), Febre (3 citações), Cólica (3 citações), Verme (2 citações), Dor de urina (2 citações), Baque (2 citações), Ameba (1 citação), Anemia (1 citação), Derrame (1 citação), Diabetes (1 citação), Diarreia (1 citação), Fígado (1 citação), Gases (1 citação), Pneumonia (1 citação), Tosse (1 citação) e Vômito (1 citação) (Figura 4).

A crescente utilização das PIC's está relacionada ao alívio físico da dor, alívio emocional, diminuição dos efeitos colaterais dos medicamentos alopáticos, melhoria no funcionamento do sistema imunológico e aumento da qualidade de vida (Spadacio et al. 2010). O que demonstra e confirma claramente o uso destes com escolha primária para alívio dos primeiros sintomas. Mas também, por serem naturais, as pessoas acreditam que as plantas medicinais são melhores ou mais seguras que os fármacos preparados (Spadacio et al. 2010).

Entretanto, ressalta-se que mesmo o uso da fitoterapia sendo efetivo, os profissionais da área da saúde devem orientar os usuários quanto ao uso indiscriminado das plantas medicinais (Arnous et al. 2015). É fato que esse cuidado realizado por meio das plantas seja propício à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento da sua finalidade, assim como dos riscos e benefícios, resultando em uma menor dependência médica e também medicamentosa e tornando o usuário uma pessoa livre na busca de seu cuidado (Machado et al.2006), no traçar de seu itinerário terapêutico.

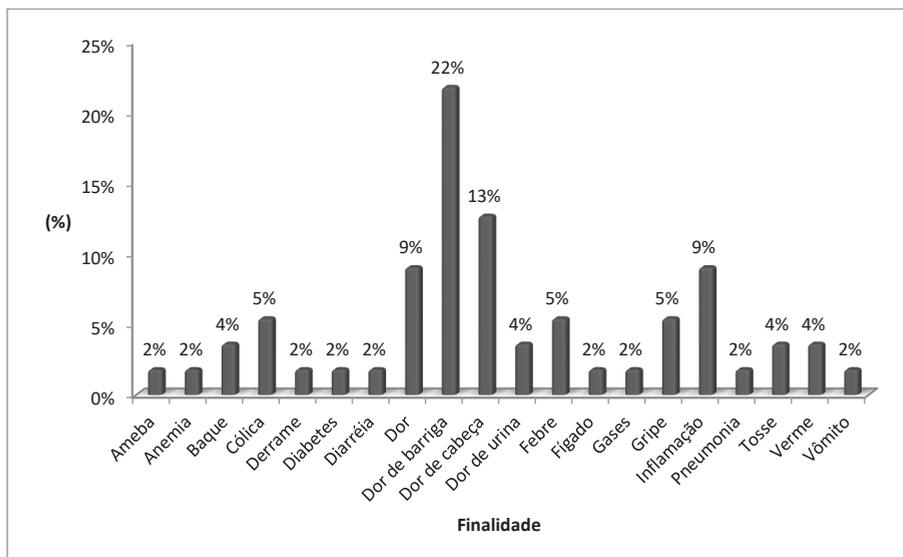


Figura 4. Finalidade do uso das plantas medicinais

Resultados e Discussão

A realização desse trabalho nos permitiu uma aproximação com uma temática relativamente nova, que é a utilização de práticas integrativas/complementares no tratamento de doenças, o que nos permitiu estudar tais práticas e conceitos em conjunto com a teoria transcultural, permitindo uma nova visão acerca do modo que devemos cuidar pacientes não convencionais. O trabalho em conjunto com a comunidade remanescente quilombola do Abacatal nos permitiu a compreensão dos saberes e cultura de um povo que muitas vezes vive em áreas rurais isoladas e de difícil acesso. Dentro desse contexto, o conhecimento e o uso de plantas no processo do cuidado e cura é uma prática que sobrevive a globalização. Contudo, destaca-se que atualmente é executado predominantemente pela população mais idosa, sendo relatada sua desvalorização por parte da nova geração.

Identificou-se por meio das práticas de cuidado e cura utilizados pelos remanescentes quilombolas, que o uso de chás é a prática mais recorrente, seguida da benzeção, defumação, reza e banho de cheiro. Em relação à fitoterapia apesar de citadas 85 plantas, observamos que o uso terapêutico do anador, limão, alho, verônica e boldo predominaram sobre os demais. E no geral, as plantas foram utilizadas com indicação para tratamento de algias.

Conforme observou-se tais práticas são efetivadas no seio familiar sendo utilizadas para cuidar dos próprios membros da família, e constitui uma prática predominantemente feminina que é perpassada de geração para geração através da oralidade, ao qual podemos identificar resultados positivos, obtidos com a utilização das plantas como forma de cuidados pelos quilombolas.

Por fim, estudar estes processos em comunidades tradicionais como o Quilombo Abacatal é uma forma de registrar o conhecimento entre práticas tradicionais e os cuidados profissionais, podendo, portanto, traçar condutas de enfermagem de acordo com a teoria transcultural. Esta relata e respeita a individualidade de acordo com as crenças, valores e modos da cultura utilizada por essa comunidade, permitindo a integração entre o mesmo e o conhecimento acadêmico. Há deste modo a uma contribuição para uma melhor formação em saúde que deve buscar usar a fitoterapia como um recurso terapêutico de forma segura e eficaz.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. B. B.; DARÂ, D. (2016). Práticas de cura, magia, educação e saberes sobre plantas poderosas na Amazônia. *Revista Cocar*, 9(18), 255-284.
- ALMEIDA, G. S.; BARBOSA, A. S.; SANTANA, M. (2016). Conhecimento e uso de Plantas Medicinais da Cultura Afro-Brasileira pelos moradores da comunidade da Fazenda Velha no Município de Jequié-Ba. *Revista Veredas da História*, 5(2).
- ALVES, J.J.P., LIMA, C.C., SANTOS, D.B., BEZERRA, P.D.F. (2015). Conhecimento popular sobre plantas medicinais e o cuidado da saúde primária: um estudo de caso da comunidade rural de Mendes, São José de Mipibu/RN. *Carpe Diem*. 13(1): 136-156.
- ARNOUS, A.H.; SANTOS, A.S.; BEINNER, R.P.C. (2015). Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. *Revista espaço para a saúde*, 6(2), 1-6
- BADKE, M.R.; BUDÓ, M.L.D.; ALVIM, N.A.T.; ZANETTI, G.D.; HEISLER, E.V. (2012). Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 363-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200014>
- BADKE, M.R.; SOMAVILLA, C.A.; HEISLER, E.V.; ANDRADE, A.; BUDÓ, D.L.D.; GARLET, T.M.B. (2016). Saber popular: uso de plantas medicinais como

- forma terapêutica no cuidado à saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(2), 225-234. <https://doi.org/10.5902/2179769217945>
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições, 70. p. 225
- BRASIL. (2015) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Segurança Alimentar. <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais/comunidades-quilombolas>
- CHAGAS, M. C. C.; ANDRADE, M. G.; COSTA, R. B.; PERRELLI, M. A. S. (2016). A prática de benzimento com uso de plantas na comunidade rural remanescente de quilombo de Furnas do Dionísio, Jaraguari, Mato Grosso do Sul. *Multitemas*, 1(35).
- COMISSÃO PRÓ ÍNDIO DE SÃO PAULO. CPISP. (2015). Comunidades quilombolas do Brasil. http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/i_brasil_pa.html
- CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos*. Porto Alegre: Penso.
- CUNHA, M.C. (2017). Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. *Revista USP*, 1(75),76-84. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i75p76-84>
- GASS, R.L.; MORAES, M.M.; ROSO, A. (2010). Modernidade e Representações Sociais: pensando em encontros dialógicos em uma comunidade quilombola contemporânea. In: XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 09 a 12 de agosto de 2010.
- LEITÃO, S. (1999). Direitos territoriais das comunidades negras rurais (No. 5). Instituto Socioambiental.
- LIMA, C.A.B.; LIMA, A.R.; MENDONÇA, C.V.; LOPES, C.V.; & HECK, R.M. (2016). O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68285>
- MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. (EDS). (2006). As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.
- MARTINS, L.S.A. (2010) Utilização da fitoterapia em três comunidades quilombolas da mesorregião do agreste da Paraíba. Monografia de Conclusão de curso. Bacharelado e licenciatura em Enfermagem. Centro de ciências biológicas e da Saúde. Universidade Estadual da Paraíba.
- MOREIRA, R.C.T.; COSTA, L.C.B.; COSTA, R.C.S.; ROCHA, E.A. (2002). Abordagem etnobotânica acerca do uso de plantas medicinais na vila cachoeira, Ilhéus, Bahia, Brasil. *Acta farmacéutica Bonaerense*, 21(3), 205-11.
- NASCIMENTO, D.M.; RODRIGUES, M.H.B.S.; NASCIMENTO, S.S.; ANDRADE, F.E.; SIQUEIRA, E.D.C. (2016). Conhecimento popular sobre a utilização das plantas medicinais no assentamento Frei Damião, município de Cajazeiras–PB. *Cadernos de Agroecologia*, 10(3).

- PAVÃO, M.C. (2010). Educação Escolar e construção identitária na comunidade quilombola de Abacatal – PA. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Pará. Belém.
- PAZ, CE.; LEMOS, S.; CRISTINA, I.; BRITO MONTEIRO, Á.; DE ARAÚJO DELMONDES, G.; PIMENTEL FERNANDES, G. (2015). Plantas medicinales en el candomblé como elemento de resistencia cultural y cuidado de la salud. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 20(1), 25-37.
- SALES, G.P.S., ALBUQUERQUE, H.N., CAVALCANTI, M.L.F. (2009). Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim-Areia-PB. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*, 1, 31-36.
- SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BRASIL, V.V.; OLIVEIRA, L.M.C.; ANDRAUS, L.M.S. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto e contexto*, 15(1), 68-73. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>
- SPADACIO, C.; CASTELLANOS, M.E.P.; BARROS, N.F.D.; MONTE ALEGRE, S.; TOVEY, P.; BROOM, A. (2010). Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(1), 7-13. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>
- YIN, R.K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Bookman.