



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**ELIANE ANASTÁCIO FLORIANO**

**IDENTIDADE, MEMÓRIA E CULTURA NO TRATO COM PLANTAS  
MEDICINAIS: UM POSSÍVEL DIÁLOGO ENTRE SABERES**

**Tubarão**  
**2016**

**ELIANE ANASTÁCIO FLORIANO**

**IDENTIDADE, MEMÓRIA E CULTURA NO TRATO COM PLANTAS  
MEDICINAIS: UM POSSÍVEL DIÁLOGO ENTRE SABERES**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Linguagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Deisi Eloy Scunderlick de Farias

Tubarão

2016

Floriano, Eliane Anastácio, 1961-  
F66 Identidade, memória e cultura no trato com plantas  
medicinais : um possível diálogo entre saberes / Eliane  
Anastácio Floriano; -- 2016.  
180 f. il. color. ; 30 cm

Orientadora : Deisi Eloy Scunderlick de Farias.  
Tese (doutorado)–Universidade do Sul de Santa  
Catarina, Tubarão, 2016.  
Inclui bibliografias.

1. Plantas medicinais. 2. Identidade. 3. Cultura. 4. Memória.  
5. Modernidade. I. Farias, Deisi Eloy Scunderlick de. II.  
Universidade do Sul de Santa Catarina – Doutorado em Ciências  
da Linguagem. III. Título.

CDD (21. ed.) 581.634

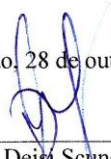
Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária da Unisul

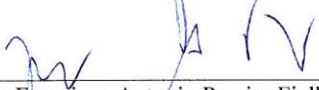
**ELIANE ANASTÁCIO FLORIANO**


**IDENTIDADE, MEMÓRIA E CULTURA NO TRATO COM PLANTAS  
MEDICINAIS: UM POSSÍVEL DIÁLOGO ENTRE SABERES**

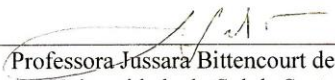
Esta Tese foi julgada adequada à obtenção do título de Doutor em Ciências da Linguagem e aprovada em sua forma final pelo Curso de Doutorado em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.


Tubarão, 28 de outubro de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
Professora e orientadora Deisi Scunderlick Eloy de Farias, Doutora.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

  
\_\_\_\_\_  
Professor Francisco Antonio Pereira Fialho, Doutor.  
Universidade Federal de Santa Catarina

  
\_\_\_\_\_  
Professora Vanilde Citadini Zanette, Doutora.  
Universidade do Extremo Sul Catarinense

  
\_\_\_\_\_  
Professora Jussara Bittencourt de Sá, Doutora.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

  
\_\_\_\_\_  
Professora Heloisa Juncklaus Preis Moraes, Doutora.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

A minha filha Luiza.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre ilumina minha caminhada.

A minha orientadora, Professora Deisi Eloy Scunderlick de Farias, pelo carinho, estímulo, paciência, confiança e por me fazer acreditar que era possível.

Aos meus pais Santos (*in memorian*) e Antônia (*in memorian*), pois além de terem me dado a vida, não mediram esforços para mostrar que o estudo é a “*única herança que podemos deixar*”.

Aos meus irmãos, cunhados, cunhada e aos demais familiares e amigos, pelo apoio e colaboração.

A minha professora das séries iniciais, Silvarina Filomena de Almeida, pelo carinho e esforço para que eu continuasse os estudos.

Aos amigos José Cláudio e Cynthia Nalila, pela amizade sincera, disponibilidade e colaboração.

Às amigas Sandra, Silvana, Andréia, Rosemary, Graziela, Leila e Katiuscia pelas caronas, pelos desabafos, pelo companheirismo e carinho.

A todos os professores do curso de Ciências da Linguagem, pelo aprendizado e pela carinhosa acolhida e conhecimento repassado.

As colegas Aline, Janine e Jaqueline pelas contribuições e apoio no processo de coleta de campo.

Um agradecimento especial a todos que contribuíram com seus depoimentos para a construção desta tese.

Ao Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior – FUMDES, que forneceu o auxílio financeiro para realização desta pesquisa.

Ao Instituto Federal Catarinense, pela concessão da licença que me permitiu dedicar-me integralmente ao doutorado.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a execução deste trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra de amizade!

Muito obrigada!

“Toda mulher parece uma árvore. Nas camadas mais profundas de sua alma ela abriga raízes vitais que puxam a energia das profundezas para cima, para nutrir suas folhas, flores e frutos. Ninguém compreende de onde uma mulher retira tanta força, tanta esperança, tanta vida. Mesmo quando são cortadas, tolhidas, retalhadas, de suas raízes ainda nascem brotos que vão trazer tudo de volta à vida outra vez” (PINKOLA, apud MANI, 2016).

## RESUMO

Plantas como fontes de alimento, abrigo, defesa e fins medicinais são historicamente utilizadas entre as populações tradicionais, com base em um conhecimento transmitido de geração a geração. O que se perpetua até os dias atuais. Embora a medicina moderna possua forte aparato científico e tecnológico em várias partes do mundo, a Medicina Popular e as práticas alternativas têm provocado o interesse da população em geral. Esta pesquisa procurou investigar se as mudanças ocorridas no contexto cultural atual influenciaram na manutenção, transformação ou apagamento das práticas tradicionais com plantas medicinais. O estudo pautou-se na pesquisa bibliográfica e de campo. Com a pesquisa bibliográfica foi possível tecer uma síntese histórica sobre o uso destas plantas e de como essa prática tem orientado as atividades curativas de muitos povos, ao longo do tempo. Bem como auxiliou no discorrer sobre os autores que debatem o conceito da Pós-Modernidade, Identidade e Memória. A pesquisa de campo foi desenvolvida junto a dois grupos, um constituído por pessoas sem formação acadêmica, representantes da Medicina Popular, e o outro por profissionais com formação acadêmica na área da saúde, representantes da Medicina Tradicional. A coleta dos dados foi realizada por meio da história oral, observações e registro de imagens. A análise dos resultados apresentados permitiu concluir que não houve a extinção dos processos de memória ou de identidade das mulheres que atuam na Medicina Popular, mas a ressignificação e até mesmo validação de seus saberes a partir do encontro e do diálogo com a Medicina Tradicional. Os resultados obtidos com este trabalho inferiram que a proposta de legitimar a prática da Medicina Popular em âmbito municipal contribui para assegurar a manutenção e a transmissão desses saberes que ocorrem em uma Modernidade em Movimento, conceito elaborado para a realidade desta pesquisa, mas que pode ser extrapolado para outras situações semelhantes. As contribuições produzidas nesta investigação evidenciaram, por suas características tácitas e empíricas, que o conhecimento popular representa um importante acervo de saber e de experiências. E, por apresentar-se nessa Modernidade em Movimento, as mudanças que ocorreram ao longo do processo da história inibiram o apagamento do conhecimento popular, social e historicamente produzido, quando esse Movimento fez com que o conhecimento fosse (re)significado e amalgamado à Modernidade, sem se perder na liquidez dos tempos.

Palavras-chave: Plantas Mediciniais. Identidade. Memória. Cultura. Modernidade em Movimento.



## ABSTRACT

Plants as food sources, shelter, defense and medical purposes are historically used by traditional populations based on a knowledge transmitted from generation to generation and that is perpetuated to the present day. Although modern medicine has strong scientific and technological apparatus in most of the world, the People's Medicine and alternative practices have provoked the interest of the general population. This study investigated whether the changes in the current cultural context influenced the maintenance, alteration or deletion of traditional practices with medicinal plants. The study was conducted by bibliographic and field research. With the literature was possible to have a historical overview of the use of these plants and how this practice has guided the curative activities of many people over time. This study also expatiates on the authors that discuss the concept of Post-Modernity, Identity and Memory. The field research was developed with two groups, one made up of people without academic degree, representatives of popular medicine and other of professionals with academic background in health care, representatives of traditional medicine. Data collection was conducted through oral history, observations and image registration. The analysis of the results concluded that there was no extinction of memory processes or identity of women working in the Popular Medicine, but the reinterpretation and even validation of their knowledge from the encounter and dialogue with the Traditional Medicine. The results obtained from this work inferred that the proposal to legitimize the practice of Popular Medicine contributes to the maintenance and transmission of knowledge. In addition, they led the development of the concept of Modernity in Motion, even facing the reality of this research can be extrapolated to other similar situations. The contributions produced in this research showed, by their tacit and empirical characteristics, that popular knowledge is an important body of knowledge and experiences. And because presenting this Modernity in Motion, the changes that occur throughout the history inhibit deletion of popular knowledge socially and historically produced. On the contrary, this movement makes the knowledge can be (re) meaning and amalgamated to Modernity without losing liquidity of the times.

Keywords: Medicinal Plants. Identity. Memory. Culture. Modernity in Motion.

## RESUMEN

Plantas como fuentes de alimento, refugio, defensa y propósitos médicos se utilizan históricamente entre las poblaciones tradicionales, sobre la base de un conocimiento transmitido de generación en generación. Y eso se perpetúa hasta nuestros días. Aunque la medicina moderna tenga un fuerte aparato científico y tecnológico en varias partes del mundo, la Medicina Popular y las prácticas alternativas han provocado el interés de la población en general. Este estudio investigó si los cambios que ocurrieron en el contexto cultural actual influyeron en la conservación, modificación o supresión de las prácticas tradicionales con las plantas medicinales. El estudio se basó en la investigación bibliográfica y de campo. Con la investigación bibliográfica fue posible tejer una síntesis histórica sobre la utilización de esas plantas y de cómo esa práctica ha guiado las actividades curativas de muchos pueblos a través del tiempo. Además de eso, ese estudio auxilió para se pudiera discurrir sobre los autores que debaten el concepto de Post-Modernidad, Identidad y Memoria. La investigación de campo se desarrolló con dos grupos, uno constituido por personas sin formación académica, representantes de la Medicina Popular y otro, por profesionales con formación académica en el área de la salud, representantes de la Medicina Tradicional. La recolección de datos se realizó a través de la historia oral, observaciones y registro de imágenes. El análisis de los resultados presentados llevó a la conclusión de que no ocurrió la extinción de los procesos de memoria o de la identidad de las mujeres que trabajan en la Medicina Popular, sin embargo la reinterpretación e incluso la validación de sus saberes a partir del encuentro y del diálogo con la Medicina Tradicional. Los resultados obtenidos con ese trabajo hacen con que se infiera que la propuesta de legítimo la práctica de la Medicina Popular a nivel municipal contribuye al mantenimiento y la transmisión de esos saberes que ocurren en una Modernidad en Movimiento, concepto elaborado para la realidad de esta investigación, pero que puede ser extrapolado a otras situaciones similares. Las contribuciones que se produjeron en esta investigación mostraron, por sus características tácitas y empíricas, que el conocimiento popular representa un importante conjunto de conocimientos y experiencias. Y por presentarse en esta Modernidad en Movimiento, los cambios que ocurren a lo largo del proceso de la historia inhiben la eliminación del conocimiento popular, social e históricamente producido, cuando ese Movimiento hizo con que el conocimiento fuese (re) significado y amalgamado a la modernidad sin perder en la liquidez de los tiempos.

Palabras-clave: Plantas Medicinales. Identidad. Memoria. Cultura. Modernidad en Movimiento.

## LISTA DE ABREVIACOES

ACPM	Associao Catarinense de Plantas Medicinas
EPAGRI Catarina	Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa
MCA	Medicina Complementar Alternativa
MP	Medicina Popular
MT	Medicina Tradicional
MT/MCA	Medicina Tradicional/Medicina Complementar Alternativa
OMS	Organizao Mundial da Saúde
PNPMF	Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema nico de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
WHO	World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa conceitual: contextualizando a pesquisa. ....	106
Figura 2 – Características dos sujeitos da pesquisa. ....	109
Figura 3 – Encontro dos saberes Popular e Científico, município de Jacinto Machado/SC. .	117
Figura 4 – O quintal - Local de cultivo de plantas medicinais na Medicina Popular.....	120
Figura 5 – O horto – Local de cultivo de plantas medicinais na Medicina Tradicional.....	121
Figura 6 – Horto de Plantas Medicinais – resultado da interação entre os saberes Popular e Científico - Jacinto Machado/SC.....	134
Figura 7– Local de armazenamento das plantas medicinais desidratadas utilizadas por uma das praticantes da Medicina Popular. ....	135
Figura 8 – Encontros e Diálogos entre as praticantes da Medicina Popular. ....	141
Figura 9 – Diálogo de Saberes: Popular e Científico em horto de Plantas Medicinais.....	143
Figura 10 – Espaço que propicia diálogos entre Medicina Popular e Medicina Tradicional. ....	144
Figura 11 – Características dos grupos de sujeitos da Medicina Popular e da Medicina Tradicional.....	148
Figura 12 – Interação entre saberes sobre plantas medicinais.....	152
Figura 13 – Fluxograma para gestão e manutenção da Medicina Popular.....	153

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>PLANTAS MEDICINAIS EM TEMPOS DE PÓS-MODERNIDADE.....</b>	<b>21</b>
2.1	O PONTO DE PARTIDA: MEDICINA MODERNA E MEDICINA TRADICIONAL	22
2.2	O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELAS SOCIEDADES HUMANAS .....	28
2.3	PLANTAS MEDICINAIS E COMUNIDADES TRADICIONAIS NO BRASIL.....	31
2.4	PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA POPULAR .....	35
2.5	PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA TRADICIONAL .....	39
2.6	MODERNIDADE EM MOVIMENTO OU MOVIMENTO DA MODERNIDADE: CONCEITOS, REFLEXOS E REFLEXÕES .....	44
2.6.1	As bases conceituais que levam da Modernidade à Pós-Modernidade .....	45
2.6.2	Reflexos da fluidez: Quem é o sujeito pós-moderno? .....	53
2.6.3	Pós-Modernidade ou Modernidade em Movimento: Algumas reflexões .....	58
<b>3</b>	<b>A IDENTIDADE, A MEMÓRIA E A CULTURA NAS PRÁTICAS COM O USO DE PLANTAS MEDICINAIS .....</b>	<b>62</b>
3.1	O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E A IDENTIDADE DOS SUJEITOS NA MODERNIDADE EM MOVIMENTO.....	62
3.2	A CULTURA E A TRANSMISSÃO DE SABERES NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	67
3.3	A MEMÓRIA E A TRANSMISSÃO DE SABERES NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	71
3.4	A NARRATIVA, A TRADIÇÃO E OS LAÇOS DO PASSADO COM O PRESENTE	81
<b>4</b>	<b>MANIPULAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NESTA MODERNIDADE EM MOVIMENTO.....</b>	<b>87</b>
4.1	DISTINÇÃO ENTRE INSTRUÍDOS E NÃO INSTRUÍDOS .....	87
4.1.1	Postos de saúde: não lugar e espaços vazios .....	91
4.2	RELAÇÕES E CONEXÕES ENTRE A PRÁTICA POPULAR E O SISTEMA DE SAÚDE.....	92
4.2.1	Concepções de saúde e doença .....	92
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS .....</b>	<b>100</b>
5.1	O PONTO DE PARTIDA: ORGANIZANDO OS PASSOS DA PESQUISA .....	100
5.1.1	A utilização da história oral na coleta de dados .....	100
5.1.2	Os sujeitos e o campo da pesquisa .....	103

<b>5.1.3</b>	<b>Técnicas e Instrumentos de pesquisa.....</b>	<b>104</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Delineamentos da pesquisa.....</b>	<b>105</b>
<b>5.2</b>	<b>ACHADOS DE CAMPO.....</b>	<b>108</b>
<b>5.2.1</b>	<b>As fontes: Caracterização dos sujeitos .....</b>	<b>108</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Origem, transmissão e perpetuação de saberes sobre a utilização de plantas com fins medicinais.....</b>	<b>110</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Práticas da Medicina Popular e sentimento de pertencimento.....</b>	<b>118</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Identidade e plantas medicinais.....</b>	<b>123</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Saúde, doença e plantas medicinais.....</b>	<b>128</b>
<b>5.3</b>	<b>POSSÍVEIS DIÁLOGOS ENTRE O SABER POPULAR E CIENTÍFICO.....</b>	<b>136</b>
<b>6</b>	<b>MODERNIDADE EM MOVIMENTO: O ENCONTRO ENTRE O POPULAR E O CIENTÍFICO NO TRATO COM PLANTAS MEDICINAIS .....</b>	<b>146</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>155</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>161</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>171</b>
	<b>APÊNDICE – A – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA PESQUISA – MEDICINA POPULAR.....</b>	<b>172</b>
	<b>APÊNDICE – B – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA PESQUISA – MEDICINA TRADICIONAL .....</b>	<b>173</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>174</b>
	<b>ANEXO A – DECLARAÇÃO ALMA-ATA .....</b>	<b>175</b>
	<b>ANEXO B – TERMO CONSENTIMENTO I .....</b>	<b>178</b>
	<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO II .....</b>	<b>180</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes (CORA CORALINA).*

Apesar de parecer ousada, tomo como empréstimo as palavras acima, de autoria da poetisa Cora Coralina, pois encontro nestas palavras amparo e confiança para introduzir temas pertinentes que busco compreender na minha proposta de pesquisa, que tem como título: *Identidade, Memória e Cultura no trato com plantas medicinais: um possível diálogo de saberes*. Neste sentido, o presente estudo aborda o fenômeno da transmissão de saberes nas práticas com plantas para fins medicinais<sup>1</sup> em diferentes contextos culturais e identitários, com ênfase na forma como isso ocorre atualmente, na perspectiva da pós-modernidade.

Uma pesquisa nasce, provavelmente, da simpatia e da atração que determinados assuntos ou temas despertam. Por isso, o interesse pelo estudo desse tema surgiu tanto do meu envolvimento pessoal e acadêmico, quanto profissional, principalmente no que se refere à transmissão destes conhecimentos às futuras gerações. Diante deste assunto, não há como não nos reportarmos ao passado e, assim, as lembranças surgem com certo saudosismo, pois o chazinho oferecido pela vovó ou pela mãe para o alívio das dores que pareciam insuportáveis, ou a visita a uma curandeira ou benzedeira são lembranças que podem fazer parte da vida de muitos de nós. A imagem que podemos resgatar é quase sempre de uma senhora simpática, misteriosa e capaz de transmitir uma sensação de paz inexplicável. Os métodos usados por elas são variados e passeiam por banhos de ervas, chás, garrafadas, chegando a orações realizadas com ramos e folhas de plantas medicinais e comprovando que, de maneira empírica ou até mesmo intuitiva, desde sempre a sabedoria popular<sup>2</sup> ensina que as plantas podem ser excelentes remédios.

Essa prática de utilização de plantas como medicamentos faz parte da existência humana. Para o homem, o conhecimento sobre plantas é de fundamental importância e essencial para a sua sobrevivência e qualidade de vida, tendo acompanhado sua evolução e sendo transmitido de geração a geração, de forma a se perpetuar até os dias atuais. No entanto, isso não garante que haja a continuidade deste conhecimento pelas futuras gerações, uma vez

---

<sup>1</sup> Nesta pesquisa serão consideradas plantas medicinais todas as plantas secas *in natura* e aquelas coletadas frescas, às quais são utilizadas para o consumo do chá caseiro, sendo desconsiderado, como por exemplo, o chá industrializado.

<sup>2</sup> É o conhecimento que se desenvolve por meio da vida cotidiana ao acaso, baseado apenas na experiência vivida ou transmitida por alguém (BRASIL, 2009, p. 92).



que as pessoas mais idosas acreditam que a cultura e as tradições locais se perdem pelo desinteresse dos mais jovens e, por outro lado, estes se consideram desinteressados ou desinformados em relação a essas práticas/tradições.

Nesse sentido, a transmissão de valores adquiridos pela experiência de determinadas comunidades tradicionais pode estar se perdendo, pois os detentores do saber popular estão desaparecendo. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que é imprescindível promover o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, como elementos para a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Ao contrário do que aparenta, a Medicina Popular<sup>3</sup> não pode ser vista como uma prática estática e única, isolada dos demais acontecimentos em seu entorno. Segundo Oliveira (1985), deve ser entendida como parte de um processo histórico vivo e atual, de um processo histórico-social. Sendo a prática de utilização de plantas para fins medicinais uma atividade social, nasce das relações entre os homens, feitas por eles em respostas às suas necessidades e modificando-se através dos tempos, visto que são práticas fecundas e dinâmicas, constantemente inventadas e reinventadas, ou seja, as invenções supostamente surgem quando determinada sociedade tem uma necessidade não atendida (DIAMOND, 2012; OLIVEIRA, 1985).

Como resultado, nas últimas décadas, temos observado um aumento significativo do interesse da população mundial por uma medicina mais natural, inclusive com a adesão de muitos profissionais da área da saúde, que utilizam as plantas medicinais e os fitoterápicos<sup>4</sup>. Assim, o uso das plantas medicinais ganha destaque nacional e internacional, incitando, inclusive, seu uso pelas camadas sociais que até então não utilizavam tais produtos (PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005).

Porém, apesar do crescimento do uso de plantas com fins medicinais em diferentes contextos, como formas de tratamento, verifica-se que o conhecimento tradicional e a cultura dos povos tradicionais são ainda constantemente negados (SILVA, J. P., 2009).

---

<sup>3</sup> Conjunto de saberes, técnicas e práticas inseridas nos processos histórico e cultural, mostrando que não há um único meio de curar. Esta prática é realizada em sua maioria por sujeitos subalternos, pessoas humildes do povo. Ocorre em diferentes circunstâncias e espaços (em casa, em agências religiosas de cura) e por várias pessoas (pais, tias, avós) ou por profissionais populares de cura (benzedeiros, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras) (OLIVEIRA, 1985).

<sup>4</sup> Produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2009, p.93).

Bauman (2012), ao apresentar seu pensamento sobre pós-modernidade, adverte que as ideias desaparecem e caem no esquecimento antes de terem chance de amadurecer e envelhecer de forma adequada. Segundo o autor, os acontecimentos e tudo o que tem relação com tempo, historicidade, memória e experiência parecem perder ou ceder espaço para o apelo às novidades, muitas vezes em prol da Ciência, tornando-se relegadas ao esquecimento ou sendo transformadas.

Canclini (2000, p. 22) alerta que “é necessário preocupar-se menos com o que se extingue, do que com o que se transforma”. No entanto, percebe-se que, embora a pós-modernidade nos apresente um mundo cada vez mais veloz, ocorrendo esquecimento ou apagamento sobre as práticas das sociedades tradicionais, ainda encontramos alguns focos de resistência, que merecem ser investigados.

Conforme Halbwachs (2003), as memórias são construções dos grupos sociais, sendo eles que determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada. Dessa maneira, a memória não pode ser pensada apenas como um apelo ao passado, mas como uma rede de relações que se estabelecem diante das recordações, sendo possível, ao sujeito, a produção de novos significados diante de sua própria história, na qual o outro tem papel importante na questão da produção da memória pessoal. Conseqüentemente, a identidade pessoal acaba recebendo interferências da coletividade em que estas relações acontecem e, portanto, é preciso compreender as influências da sociedade global diante das identidades locais e vice-versa, observando a identidade desse sujeito pós-moderno.

Neste sentido, deixar falar esses sujeitos que não são vistos ou ouvidos pela história oficial, mas que possuem memórias e saberes peculiares é essencial para a transmissão de saberes e constitui um dos aspectos norteadores desta pesquisa.

Assim, parto do pressuposto de que comunidades tradicionais, que praticam o cultivo e uso de plantas medicinais, produzem um espaço de memória, onde preservam e difundem um saber instituído, transmitido de geração a geração. No entanto, o fenômeno pós-moderno pode estar provocando uma modificação nas formas pelas quais estes saberes se transmitem, provocando uma alteração na identidade dos sujeitos ligados a estas práticas, bem como em suas memórias e cultura.

Entende-se que o registro desses dizeres e saberes não oficializados, neste início de século XXI, promove a discussão de questões diretamente interligadas, como memória, cultura e identidade. Em outras palavras, além dos registros, é preciso conhecer como os sujeitos praticantes da Medicina Popular, que historicamente possuem uma identidade

unificada e estável, estão vivendo esse novo estágio de identificação para, então, compreender como está a representação de suas identidades neste momento pós-moderno.

Para Hall (2003), os sujeitos constroem seus processos de identificação, a partir de uma identidade projetada, dentro de uma cultura provisória, variável e problemática. Le Goff (2003) afirma que estamos, talvez, assistindo ao início de uma transformação profunda das relações do passado com o presente, sendo que o antigo pode ser substituído pelo tradicional, e o moderno pelo recente ou novo. Vale ressaltar que, nem tudo o que é moderno representa progresso absoluto em relação aos costumes transmitidos de geração para geração até hoje.

Assim, neste estudo, a questão de pesquisa vai além daquilo que as pessoas lembram, buscando alcançar o contexto em que isso ocorre, considerando que as memórias dos sujeitos nunca são só suas e que nenhuma lembrança pode existir separada da sociedade.

Dessa maneira, identidade, memória e cultura presentes no trato com plantas medicinais, tanto na Medicina Popular como na Medicina Tradicional<sup>5</sup>, configuram-se como objeto deste estudo, onde se buscará responder a seguinte questão norteadora da pesquisa: **As pessoas que trabalham com plantas medicinais, estão alterando sua forma de atuação, no contexto cultural da pós-modernidade e com isso, modificam sua identidade, manejam suas memórias, alterando assim a cultura local?**

Este é o caso que se investigou junto às comunidades sul catarinenses localizadas nos municípios de Sombrio, Jacinto Machado e Praia Grande, campo de pesquisa para este estudo, onde se pode encontrar grupos que manipulam ervas com fins medicinais.

Além dessa questão central, outras questões também emergiram e mereceram reflexão: a) Por que a Medicina Popular para se legitimar, precisa nomear seus saberes no trato com plantas medicinais, recorrendo a denominações registradas, legalizadas pela Ciência? b) A identidade cultural do sujeito praticante da Medicina Popular poderá se fixar neste momento de desenraizamento? c) Na medida em que as sociedades se modernizam e se transformam, a identidade dos praticantes do conhecimento tradicional sobre plantas para fins medicinais pode ser ressignificada?

Com base nestas questões, a pesquisa teve como objetivo geral investigar as influências da pós-modernidade no processo de manutenção, transformação ou apagamento

---

<sup>5</sup> A Medicina Tradicional é um termo amplo, usado para referir a vários sistemas como a medicina tradicional chinesa, yurveda e unani, e às diversas formas de medicina indígena. As terapias da Medicina Tradicional incluem terapias com medicação, e envolvem o uso de medicamentos a base de ervas, partes de animais e/ou minerais, e terapias sem medicação, quando são realizadas principalmente sem o uso de medicação, como é o caso da acupuntura, de técnicas manuais e de terapias espirituais (BRASIL, 2009, p. 94). Nesta pesquisa será objeto de estudo a Medicina Tradicional que envolve o uso de medicamentos a base de ervas.

destas práticas tradicionais e os modos pelos quais estas práticas podem estar sendo modificadas, frente ao cenário pós-moderno. Elege-se, ainda, como objetivos específicos: a) entender as relações existentes entre memória, identidade e cultura, na manutenção das práticas com plantas medicinais; b) identificar os processos de transmissão e perpetuação destes conhecimentos e saberes, envolvendo desde a tradição oral, até os recursos tecnológicos atuais; c) analisar, nas práticas das pessoas que trabalham com plantas medicinais, o sentimento de pertencimento na sua forma de atuação no momento atual; d) identificar as possíveis influências do mercado que interferem ou manipulam para que ocorra a ressignificação das memórias e identidades.

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: 1) grupo da Medicina Popular, constituído por pessoas moradoras de comunidades dos municípios de Sombrio/SC, Jacinto Machado/SC e Praia Grande/SC, intitulados não instruídos<sup>6</sup> e que têm o conhecimento do uso de plantas medicinais adquirido por meio da transmissão destas práticas de geração em geração; 2) grupo da Medicina Tradicional, constituído de profissionais de saúde, atuantes na área da saúde, intitulados “instruídos”<sup>7</sup> e que possuem o conhecimento sobre plantas medicinais por meio de estudos acadêmicos. Essa relação entre diferentes saberes muitas vezes torna-se bastante complexa, uma vez que a articulação de conhecimentos oriundos de bases epistemológicas diversas não é algo fácil, ainda que possa parecer demasiadamente óbvia. Segundo Diegues et al. (2000, p. 31), “uma diferença relevante entre o conhecimento científico e o tradicional está no modo de transmissão, isto é, entre a escrita e a oralidade”.

Diante disso, se construiu essa tese onde se verificou que as mulheres ervateiras ressignificaram sua prática a partir da dinâmica da sociedade, sem, no entanto perder sua essência. Esse processo foi definido como Modernidade em Movimento, uma vez que se entendeu que ainda que haja alterações no modo de interagir com esse conhecimento tradicional, a prática não se descaracteriza apenas se adapta ao movimento, mantendo seu fundamento incólume aos diversos movimentos que representam esse tempo histórico.

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e de campo. A pesquisa se desenvolveu numa perspectiva qualitativa, envolvendo a metodologia da história oral, com a

---

<sup>6</sup> Por ser uma ciência aprendida no convívio do cotidiano e praticada por pessoas que não passaram pelas universidades, nobres não diplomados nas universidades, ou não instruídos, intelectual e moralmente retrógrados (OLIVEIRA, 1985; RINGER, 2000).

<sup>7</sup> Os profissionais desta modalidade (médicos, biólogos, farmacêuticos, enfermeiros), necessitam passar por cursos especializados para poder exercer a profissão, certificados de grau de instrução que comprove a posição do portador como homem de intelecto (OLIVEIRA, 1985; RINGER, 2000).

utilização de técnicas de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, de observações assistemáticas e registros iconográficos, com a obtenção de dados resultantes de uma investigação realizada no período entre junho de 2014 e maio de 2015, por meio de conversas e vivências com os sujeitos da pesquisa, participação em encontros comunitários, seminários e grupos de discussão, entre outras atividades de campo.

Dentro desta perspectiva e para possibilitar uma melhor compreensão, o presente trabalho está organizado em seis capítulos: o primeiro, a introdução, está voltada à apresentação do objeto, à delimitação do problema e justificativa, bem como à definição dos objetivos da pesquisa.

Em *Plantas Medicinais em tempos de Pós-modernidade*, será abordado de modo sucinto o uso de plantas medicinais pelas sociedades humanas, além de se propor a discutir os processos de transformação histórica decorrente do uso e indicação das plantas com fins medicinais na Medicina Popular e na Medicina Tradicional, bem como, o reconhecimento por meio da legislação. Finalizando, com algumas reflexões sobre o termo pós-modernidade.

O terceiro capítulo, *A identidade, a memória, e a cultura nas práticas com uso de plantas medicinais* apresenta um espaço para a reflexão sobre a relação entre memória, identidade e cultura nas práticas com uso de plantas medicinais. Parte-se da prerrogativa de que o espaço ocupado ou produzido pelos sujeitos que serão objeto de estudo se constitui um ambiente em que se estabelece a transmissão destes conhecimentos pela oralidade, ao longo das gerações.

No quarto capítulo, *Manipulação de plantas medicinais nesta Modernidade em Movimento*, será abordado a manipulação das plantas medicinais como movimento e prática social em tempos de Modernidade em Movimento. Nesse processo, destacam-se as relações e conexões entre a prática popular e o sistema de saúde e a produção de não lugares; a distinção entre instruídos e não instruídos; bem como, as concepções de saúde e doença.

O quinto capítulo, *Análise e interpretação dos dados*, corresponde à apresentação dos aspectos metodológicos, bem como, análise e interpretações dos dados obtidos na pesquisa de campo durante as entrevistas, assim como, a discussão dos resultados das reflexões da pesquisadora durante o processo de elaboração da pesquisa. Discute-se ainda, as possibilidades de diálogos entre os saberes popular e acadêmico.

O sexto e último capítulo, *Modernidade em Movimento: o encontro entre o popular e o científico no trato com plantas medicinais*, abordará alguns aspectos que representam formas de diálogo entre os saberes popular e científico, procurando mostrar as

interações, divergências e formas de legitimação destes saberes, no contexto do fenômeno da Modernidade em Movimento.

Por fim, as considerações finais de todo o processo de investigação e as dificuldades observadas, apontando possíveis caminhos para futuras pesquisas.

## 2 PLANTAS MEDICINAIS EM TEMPOS DE PÓS-MODERNIDADE

A medicina se fundamenta na natureza, a natureza é a medicina, e somente naquela devem os homens buscá-la. A natureza é o mestre do médico, já que ela é mais antiga do que ele e ela existe dentro e fora do homem. (PARACELSO 1493 – 1541).

Este capítulo visa apresentar questões sobre plantas medicinais e está dividido em seis seções. Na primeira seção, aborda-se a Medicina Popular, a Medicina Tradicional e as plantas medicinais. Na segunda seção, enfoca-se o uso de plantas medicinais pelas sociedades humanas. Na terceira seção, apresentam-se informações sobre as plantas medicinais e comunidades tradicionais no Brasil. Na quarta seção, descreve-se a interação de plantas medicinais e a Medicina Popular. Na quinta seção, aborda-se a relação das plantas medicinais e a Medicina Tradicional. Finalmente, na sexta seção, destaca-se algumas reflexões sobre o termo pós-modernidade e sua inter-relação com os conceitos discutidos.

Plantas como fontes de alimento, abrigo, defesa e fins medicinais são historicamente utilizadas entre as populações tradicionais. Explorando, experimentando e observando, o homem percebeu que algumas plantas eram capazes de combater as doenças, revelando empiricamente seu poder de cura e durante muito tempo, o uso de plantas com fins medicinais foi o único recurso utilizado para tratar a saúde das pessoas. Entretanto, com os avanços ocorridos no meio científico, principalmente, na área da saúde, surgiram maneiras diferentes de tratar a doença, como a substituição do uso de plantas medicinais por medicamentos industrializados, embora ainda inacessíveis a uma parcela da população mundial.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Medicina Tradicional (MT), Medicina Complementar e Alternativa (MCA)<sup>8</sup> e seus produtos, principalmente plantas medicinais, cada vez mais têm se tornado objeto de políticas públicas nacionais e internacionais, incentivadas a partir da criação do seu “Programa de Medicina Tradicional” nos anos 70. Um dos mais importantes documentos oriundos desse programa foi a “Estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Medicina Tradicional para 2002-2005” (BRASIL, 2012).

---

<sup>8</sup> Medicina Complementar/Alternativa frequentemente se refere ao conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição própria do país e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante. Outros termos algumas vezes usados para essas práticas de cuidado incluem medicina natural, medicina não convencional e medicina holística (OMS, 2002).

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (OMS, 2002, p 07).

Os termos "complementar" e "alternativo" e às vezes também "não convencional" ou "Paralelo" são utilizados para se referir a uma ampla gama de práticas de saúde que não fazem parte da tradição de um país, ou eles não estão integrados ao sistema de saúde nacional vigente. Um exemplo é a acupuntura, terapia da Medicina Tradicional chinesa que muitos países europeus definem geralmente, como Medicina Complementar Alternativa. Da mesma forma, as práticas de homeopatia e quiropraxia, desenvolvidas na Europa no século XVIII, depois da introdução da Medicina Alopática<sup>9</sup>, não são classificadas como Medicina Tradicional, nem são incorporadas pelos modos dominantes de saúde na Europa, mas são reconhecidas como uma forma de Medicina Complementar Alternativa (OMS, 2002).

## 2.1 O PONTO DE PARTIDA: MEDICINA MODERNA E MEDICINA TRADICIONAL

A medicina Moderna, Padrão ou Alopática, assumiu seu lugar de destaque na sociedade a partir no final do século XIX, com o desenvolvimento das ciências na área da física, química e biologia. Essas ciências se tornaram pilares fundamentais para o avanço da Medicina Moderna, possibilitando a invenção do raio-x, da anestesia, a descoberta dos microorganismos, o desenvolvimento e produção de algumas vacinas, entre outros. Neste contexto, pessoas como a parteira, a benzedeira, o raizeiro, o curandeiro e outros começaram a perder espaço, principalmente nos centros urbanos.

Ao longo do século XX, os avanços da Medicina Moderna se aceleraram em todas as frentes. Aumentou a expectativa de vida, houve a descoberta de produtos sintéticos como a aspirina, o desenvolvimento e produção dos antibióticos, dos hormônios, o reconhecimento e mapeamento do DNA, a possibilidade de realizar transplantes de órgãos, a capacidade de alterar os seres vivos por meio da transgenia, a clonagem, dentre outros (REZENDE, 2009). O homem, neste século, não se limitou a expandir os horizontes apenas dentro da Terra, ficando

---

<sup>9</sup> Esta é uma medicina baseada em evidências (práticas e conhecimento) que, pelo uso de método científico e através de técnicas e pesquisas científicas, procura o melhor tratamento para o paciente, assim como a prevenção e diagnóstico de determinada doença que ele possua. Para Luz (2005, p. 150) é a “arte de curar em proveito da diagnose, com o avanço das ciências do campo biomédico, através da investigação cada vez mais sofisticada de patologias”.



ainda mais evidente, se já não o era, a capacidade da humanidade de criar, descobrir e superar limites.

Chegamos ao século XXI e os avanços da medicina se destacam nas Neurociências, com as investigações modernas sobre o sistema nervoso dando sinais de expansão e aprofundamento; na Biologia Celular e Molecular com a Ciência da Adesividade; os estudos com as Células Tronco; a Ciência Genética, que resultou dos conhecimentos mais precisos e das possibilidades de manipulação dos genes, anunciando para breve uma medicina regenerativa, que utilizará os conhecimentos desta área recém-desbravada, para buscar a regeneração de tecidos alterados por doenças degenerativas, trazendo a cura potencial de patologias que, atualmente, só possuem intervenções paliativas; por fim ao desenvolvimento da farmacogenômica, que é a integração da terapêutica com o genoma dos indivíduos, juntamente com a informatização e a robótica. Definitivamente, não se pode dizer que em medicina algo é inatingível (ANDRADE, 2008).

No entanto, embora a Medicina Moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, a OMS reconhece que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da Medicina Tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% utiliza plantas ou preparações destas. Além disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais medicinais do mundo (BRASIL, 2005). Desse modo,

[...] considerando as transformações sociais, éticas, políticas e econômicas que influenciam diretamente na saúde das pessoas e, conseqüentemente, nos modelos de cuidar, o uso terapêutico de plantas medicinais no cuidado, antes situado à margem das instituições de saúde, hoje ultrapassa essas barreiras tentando legitimar-se nesse meio. (ALVIM et al., 2006, p. 11).

Entretanto, diante de todas estas descobertas e avanços científicos que ocorreram no século XX e início do XXI, constata-se nas pessoas, um misto de deslumbramento, e preocupação, pois, sabe-se que há um preço a ser pago por essas conquistas. Se a expectativa de vida do homem aumentou, ao mesmo tempo teme-se pelos efeitos colaterais produzidos em detrimento desta conquista, pois os medicamentos produzidos podem ser mais eficazes, porém também são mais invasivos. Nesse contexto, tem-se assistido nas últimas décadas a um crescente interesse na busca por uma medicina mais natural na cura de diversos males. As plantas medicinais ganharam destaque nacional e internacional, tanto no cenário político como no econômico, originando diversas políticas de normatização para esta prática.

Contrapondo-se ao paradigma médico dominante, ou em paralelo a ele, ciências medicinais organizadas por outros princípios e por referências culturais diferentes voltam ao cenário mundial contemporâneo – legal ou clandestinamente -, com vários nomes: medicinas alternativas, tradicionais, paralelas, complementares. Fundamentando-se em diferentes visões de mundo e representações de corpo, muitas vezes distintas daquelas canonizadas pela ciência positivista, reportam a conhecimentos e saberes oriundos de culturas não europeias e, também, a saberes construídos a partir de divisões e dissensões internas do próprio modelo ocidental hegemônico ou ainda, a saberes mestiços, tradicionais, populares, miscigenados, híbridos, originados em culturas nascidas dos processos de colonização e de desdobramento da cultura europeia, como foi o caso do Brasil. (OLIVEIRA, 2008, p. 24).

A OMS, considerando as plantas medicinais como importantes instrumentos da assistência farmacêutica, por meio de vários comunicados e resoluções, expressa sua posição a respeito da necessidade de valorizar a sua utilização no âmbito sanitário, ao observar que 70% a 90% da população nos países em vias de desenvolvimento dependem dela. De forma semelhante no Brasil, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento tradicional na medicina indígena, quilombola, demais povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso na Medicina Popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico (BRASIL, 2012).

A partir da Conferência de Alma-Ata em 1978<sup>10</sup>, marco para a saúde mundial, a OMS passou a recomendar a incorporação da Medicina Tradicional na atenção primária em saúde, pelo fato de grande parte da população mundial depender das práticas tradicionais, utilizando plantas medicinais como recurso terapêutico. Assim, essa conferência, recomenda aos países membros que identificassem e valorizassem as práticas tradicionais em saúde em seus territórios. Nota-se aqui o primeiro aceno à valorização dos aspectos popular e tradicional da fitoterapia. Desde então, vários documentos e resoluções se seguiriam, definindo como fundamental a necessidade de valorização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no âmbito sanitário (SLOMP JUNIOR; SACRAMENTO, 2012).

No Brasil, a partir da década de 80, diversas ações e programas de fitoterapia, homeopatia e acupuntura entre outros foram implantados na rede pública de saúde (BRASIL, 2011). Para Luz (2005, p. 165)

---

<sup>10</sup> Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde correu em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, nos dias 06 a 12 de setembro de 1978, organizada pela Organização Mundial da saúde (OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental, tornando-se uma importante meta social mundial. (Anexo A).

Tanto os movimentos organizados da sociedade civil, seja em associações comunitárias, seja posteriormente em ONGs, como a demanda social da clientela para serviços públicos de saúde crescentemente pressionaram as instituições médicas no sentido de uma “abertura” para as medicinas ditas alternativas nos anos 80.

Nas práticas de Medicina Tradicional, que incluem uso de medicinas com ervas, merece destaque a Medicina Popular, como lembra Oliveira (1985), conjunto de saberes, técnicas e práticas inseridas nos processos histórico e cultural, mostrando que não há um único meio de curar. Esta prática é realizada em sua maioria por sujeitos subalternos, pessoas humildes do povo solidificando assim, as relações entre a população envolvida. Estas práticas de cura se modificam historicamente, bem como, a sociedade na qual ela se realiza.

Ainda segundo Oliveira (1985), a Medicina Popular não só é calcada na experiência histórica das migrações do campo para a cidade, como também é, afirmadora e recriadora da cultura popular. Encontram-se, por meio do comércio de chás, em feiras, lojas de produtos naturais e núcleos religiosos. Pode-se dizer que desta maneira, se mantêm viva a tradição popular, a resistência política e cultural. No entanto, Amoroso (1996) considera que isso não garante que haja a continuidade pelas futuras gerações, uma vez que os detentores deste conhecimento parecem não encontrar muitos adeptos, para a transmissão destes saberes. Esse dado, pode estar ligado ao fato de a educação formal impelir os jovens a passarem mais tempo na escola, do que em convívio com as pessoas do seu meio familiar, ocasionando a ruptura do processo de transmissão oral.

Neste contexto, Oliveira (2008, p.25) aponta que, “a atual estrutura socioeconômica e política incentiva ao consumo de terapias sofisticadas até mesmo como símbolos de poder e status, colocando a população frente a um modelo caro, muitas vezes ilusório e inacessível para muitos”. Porém, ainda segundo a autora, atualmente, as informações acontecem em “tempo real”. Transitamos entre a modernidade, que exerce várias forças que influem e afastam o homem de suas tradições, de seus sentimentos de despertencimento e desenraizamento e ao mesmo tempo, a procura de novos modelos orientados pelo enraizamento e pelo sentimento de pertença cultural (OLIVEIRA, 2008).

Esta ambiguidade está presente no momento atual, no qual, “o status de todas as normas, inclusive a de saúde foi severamente abalada e fragilizada” (BAUMAN, 2001, p. 93). O que era considerado normal, satisfatório, pode ser preocupante e patológico. As transformações se tornam imprescindíveis, as terapias disponíveis se modificam e a ideia de doença, antes claramente definida, torna-se cada vez mais confusa. O cuidado com a saúde torna-se uma guerra permanente, os conceitos de dieta saudável mudam muito rapidamente e

os alimentos que antes se pensava fazer bem ao organismo, de repente, são denunciados como prejudiciais. Com tudo isso, o cuidado com a saúde se assemelha à busca da aptidão, sendo contínuo e fadado à insatisfação permanente, pois a sociedade pós-moderna envolve seus membros primariamente, em sua condição de consumidores e não produtores (BAUMAN, 2001). Embora,

O uso terapêutico de plantas medicinais em sua forma popular, baseada no conhecimento transmitido informalmente, vem sendo discutido nos últimos anos pelas instâncias mais formais da sociedade, como universidades e governos. Tanto há uma preocupação com o uso correto das plantas que tem propriedade farmacológica, quanto há uma percepção da necessidade de proposição de diretrizes e políticas voltadas para as plantas medicinais e os remédios fitoterápicos. (OLIVEIRA, 2008, p.156).

Diante desta espécie de insatisfação permanente, desse mal-estar coletivo, é preciso estar constantemente em alerta, mantendo a própria flexibilidade e a velocidade de reajuste em função dos padrões do mundo lá fora (BAUMAN, 2001). Neste contexto, a questão da cura, da condição de saúde e não apenas de tratar a doença volta a ser importante, não apenas para atender ao mercado, mas por se tratar de uma questão identitária, e as medicinas alternativas, vêm apresentando um aumento progressivo, podendo ser por meio de ações políticas, já citadas anteriormente, atendimento ao mercado ou até mesmo por modismo. Assim,

Tal evento pode ser evidenciado pelos seguintes indícios, entre outros: grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes; reaparecimento, em feiras populares urbanas, do “erveiro” (vendedor de plantas medicinais) como agente de cura, e aparecimento, no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva, de reportagens frequentes sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não-convencionais, denotando aumento da procura das mesmas por um número significativo de pessoas. (LUZ, 2005, p.145, aspas no original).

O interesse do público nas terapias naturais tem aumentado significativamente, produzindo inclusive, certo modismo naturalista em diversos países, expandindo o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Entre as vantagens no uso de plantas medicinais estão à redução nas taxas de importação de medicamentos e valorização das tradições populares e a busca de produtos menos agressivos ao organismo (OMS, 2002).

Segundo Branquinho (1999, p. 30), “o uso das ervas não se restringe àqueles (sic) que não podem ter acesso à medicina científica, sendo adotado por pessoas de todas as classes sociais e, mais do que isso, sendo fonte de pesquisa para a indústria farmacêutica”.

Essa busca por formas alternativas de cuidados com a saúde fica mais evidenciada especialmente na segunda metade do século XX, período onde ocorrem profundas transformações tanto na Ciência, como nas instituições sociais como o Estado, a Igreja, a Família e a Escola.

Além disso, a cultura do “cuidado de si” que marcou as últimas décadas, fazendo com que os indivíduos, sobretudo os de classe média, buscassem cuidados terapêuticos como um bem de consumo prioritário, foi um dos elementos sociais de base para a criação de um grande mercado de cura “alternativa”, com expressiva oferta de novos terapeutas não-médicos. (LUZ, 2005, p.167, aspas no original).

Entre esses novos terapeutas destacam-se diversos profissionais com formação superior, como assistentes sociais, psicólogos, professores, farmacêuticos, dentre outros, que buscam formação, aumentando o número de profissionais que utilizam produtos a base de plantas (LUZ, 2005). Tais medicamentos são fornecidos por praticantes da Medicina Popular ou por profissionais com formação acadêmica adeptos da Medicina Tradicional, segundo Oliveira (1985), a Medicina Erudita<sup>11</sup> como prática social, resultado da codificação científica de um determinado tipo de saber produzido nas universidades, não estando difuso na cultura popular.

No que tange a Medicina Popular, sua identidade é vivida de dentro da sua cultura, e, mais particularmente, da sua categoria profissional, mas é afirmada politicamente de fora. Essa situação mascarou e gerou conflitos históricos entre esses saberes, como se a desigualdade não existisse, o que é uma farsa, já que a igualdade é proposta por parte da medicina, da ciência e do poder, nunca da cultura popular (OLIVEIRA, 1985).

Como salienta Barbosa (2011), mesmo que nos dias atuais essa dicotomia historicamente construída entre os saberes popular e científico, se apresente de forma mais reduzida, essa separação não deve acontecer. Segundo o mesmo autor, o método popular subsidia o científico, porém, o que difere são os termos utilizados: em vez de usarem as medidas científicas tradicionais, os populares trabalham com os termos “pitada”, “mão cheia” e não unidades de medidas internacionais. Para Oliveira (2008), na cultura popular, há uma reinvenção criativa quando plantas medicinais são apelidadas com nomes de medicamentos alopáticos, onde folhas viram anador, novalgina, insulina, incorporando elementos da medicina hegemônica. Portanto,

---

<sup>11</sup> Em seu livro “O que é Medicina Popular”, Elda Rizzo Oliveira (1985), faz uso à denominação Medicina Erudita, para a medicina que é exercida por médicos, enfermeiros, profissionais com formação acadêmica.

a eficácia terapêutica de qualquer tratamento sempre terá um conteúdo simbólico, que muitas vezes é de difícil avaliação. No caso das plantas medicinais sua eficácia pode ser resultado 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. (AMOROZO, 1996, p. 53).

Mesmo que pareçam dados pouco relevantes, até mesmo insignificantes para muitos, quando a Medicina Popular utiliza como medida, uma “pitada”, ou faz uso de um nome que possui registro científico, para legitimar a função terapêutica de uma planta, como por exemplo, a planta “anador”, a qual recebe esta denominação por possuir segundo seus usuários o mesmo efeito analgésico do medicamento “anador”. Estes fatos que aconteceram e acontecem em determinados momentos da história destes sujeitos, nos instigam a entender as possíveis relações que historicamente são construídas entre esses saberes. Possivelmente contribuindo para que a Medicina Popular, segundo Oliveira (1985), tenha resistido política e culturalmente à medicina acadêmica.

## 2.2 O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELAS SOCIEDADES HUMANAS

O homem primitivo sempre buscou na natureza as soluções para os diversos males que o assolava, fossem esses de ordem espiritual ou física. Aos feiticeiros, considerados intermediários entre os homens e os deuses cabiam a tarefa de curar os doentes, unindo-se, desse modo, magia e religião ao saber empírico das práticas de saúde, a exemplo do emprego de plantas medicinais. A era Antiga inaugurou outro enfoque, quando, a partir do pensamento hipocrático, que estabelecia relação entre ambiente e estilo de vida das pessoas, os processos de cura deixaram de ser vistos apenas com enfoque espiritual e místico. (ALVIM, et al., 2006, p.02).

Plantas como fontes de alimento, abrigo, defesa e fins medicinais são historicamente utilizadas entre as populações tradicionais. Segundo Peixoto Neto e Caetano (2005) os relatos dos estudos ligados a plantas medicinais confundem-se com a própria história dos antepassados humanos. Pois, estas são fundamentais para a vida na Terra, essenciais nos processos vitais, onde cabe destacar a fotossíntese, processo que fornece energia para a maioria dos seres vivos, desde os seres mais simples até ao mais complexo mamífero.

Consideram-se como primeiros documentos escritos que citam o uso das plantas medicinais, as placas de barro, atualmente conservadas no “British Museum”, onde se encontram copiados, em caracteres cuneiformes, por ordem do rei assírio Ashurbanipal, documentos suméricos e babilônicos, datando alguns mais de 3000 anos antes da era cristã. O conhecido código de Hamurabi também já descrevia a *Papaver somniferum* L. (ópio), *Ferula*

*galbaniflua* Boiss & Buhse (gálbano), *Ferula asa-foetida* L. (assafétida), *Hyoscyamus niger* L. (meimendro) e muitos outros produtos vegetais (CUNHA, 2014).

Segundo Duarte (2006), existem vários registros históricos sobre a utilização das plantas para tratamento de doenças desde 4.000 a.C. O primeiro registro médico depositado no Museu da Pensilvânia é datado de 2.100 a.C. O manuscrito Egípcio “Ebers Papyrus” (1.500 a.C.), contém 811 prescrições e 700 drogas e o primeiro texto Chinês sobre plantas medicinais (500 a.C.) relata nomes, doses e indicações de uso de plantas para tratamento de doenças. Segundo França et al. (2008), os primeiros registros do uso de plantas medicinais datam do período de 2838-2698 a.C. quando o imperador chinês Shen Nung catalogou 365 ervas medicinais e venenos que eram usados sob inspiração taoísta de Pan Ku, considerado deus da criação.

A terapia com medicamentos de espécies vegetais é relatada em sistemas de medicina milenares em todo mundo, por exemplo, na medicina chinesa, tibetana ou indiana-ayurvédica. A ayurveda (medicina tradicional indiana) é, talvez, mais antiga do que todas as tradições medicinais e do que a medicina tradicional chinesa (RODRIGUES; AMARAL, 2012, p. 13).

O termo Ayurveda é formado por dois radicais: *Ayus* e *veda*. *Ayus* significa vida, e *veda* quer dizer ciência ou conhecimento. É provavelmente o sistema de saber médico tradicional mais antigo do mundo. Também é conhecida como ciência da vida, ciência da longevidade, conhecimento da vida. Proveniente da Índia e praticada há mais de cinco mil anos, vem rompendo barreiras impostas pelo tempo, pelas diversidades culturais e as transformações sociais, políticas e científicas. Trata-se de um sistema de intervenção terapêutica completo, onde se busca, além do equilíbrio global do organismo físico, também a harmonia mental, emocional e espiritual (CARNEIRO, 2009).

Foram os gregos os primeiros a sistematizar os conhecimentos sobre ervas adquiridos na Índia, Babilônia, Egito e China. No ano de 400 a.C., Diocles escreveu o primeiro livro sobre ervas medicinais no Ocidente (JORGE, 2014). Entre 100 a 200 a. C. o lendário imperador Shen Nung discutiu sobre as plantas medicinais em suas obras, as quais posteriormente foram sistematizadas e escritas, pela medicina tradicional chinesa. Isso demonstra como as civilizações da China<sup>12</sup> e da Índia estavam florescendo e já possuíam inúmeros escritos sobre plantas medicinais. (RODRIGUES; AMARAL, 2012).

---

<sup>12</sup> A referência mais completa sobre prescrição de ervas chinesas é a enciclopédia chinesa Modern Day, de matéria médica publicada em 1977. Essa obra lista quase 6.000 medicamentos, dos quais 4.800 são de origem vegetal (RODRIGUES; AMARAL, 2012).

Ainda, durante o período anterior à Era Cristã que ficou conhecido como civilização grega, Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina”, idealizou sua obra “Corpus Hipocratium”, onde aponta as doenças e o tratamento à base de plantas. Na era cristã, Pelacius, médico de Nero, realizou estudos sobre 500 plantas medicinais. Plínio, o Velho, em sua obra “História Natural”, composta por oito volumes, escreveu sete deles sobre plantas medicinais (BRAGA, 2011).

No entanto, durante a Idade Média com o fortalecimento da Igreja Católica, determinando o esquecimento das pesquisas e proibindo o desenvolvimento de novas investigações com plantas medicinais, ocorre uma parada e podemos considerar que houve um retrocesso na evolução das atividades que determinavam a arte de curar através das plantas. Neste período, como afirma Barraca (1999), os domínios da ciência, da magia e da feitiçaria, frequentemente confundiam-se e drogas como *Hyoscyamus niger* L. (meimendro-negro), a *Atropa belladonna* L. (beladona) e a *Mandragora officinarum* L. (mandrágora), eram consideradas plantas de origem diabólica. Muitos conhecimentos adquiridos e transmitidos através dos tempos e das gerações foram perdidos, registros foram destruídos e entre estes, o hábito de utilizar plantas, principalmente aquelas com poder de curar e/ou amenizar as dores físicas e também espirituais.

Conforme afirma Braga (2011), somente no século XIII a discussão sobre as plantas medicinais foi retomada nas escolas de Salerno e Montpellier. A Universidade de Salerno tem sua obra mais importante o “Regimen sanitatis salernitatum”, que discorre sobre as ervas medicinais. No ano de 1484 foi impresso o primeiro livro sobre o cultivo destas plantas, com base nos escritos do século IV, por Dioscórides. A partir daí e com a invenção da imprensa, vários livros sobre o assunto surgiram na Europa, em quase todos eram descritas partes das obras de Dioscórides, Galeno, Hipócrates e Aristóteles, com ilustrações copiadas diretamente dos manuscritos da antiguidade (JORGE, 2014).

Nos séculos XVI e XVII surge um novo paradigma, iniciado com a Revolução Científica. A ciência foi reduzida a fenômenos matemáticos e quantificáveis, reproduzindo um modelo de saúde no qual se substituiu a concepção holística do Universo, pela noção de mundo máquina. Essa mudança de modelo favoreceu o modo de produção capitalista, a medida que após a Revolução Industrial, no século XVIII, a ciência passou a ter grande responsabilidade por manter a força de trabalho do homem ativa, garantindo a produção das fábricas (BRAGA, 2011). Para Foucault (1984), a sociedade capitalista, investiu, antes de tudo, no biológico, no somático, no corporal.



Nos fins do século XIX e início do século XX, a atenção dos cientistas voltou-se para as partes do corpo humano e a assistência à saúde passou a seguir a orientação cartesiana, a maneira do modo de produção capitalista. O conhecimento e as terapêuticas a base de plantas medicinais, entre outras práticas de origem popular, foram marginalizados por não terem base científica (ALVIM et al., 2006). Porém, durante as grandes guerras mundiais, devido à intensa produção de material bélico, ocorreu diminuição da produção industrial de medicamentos, favorecendo assim o retorno da utilização de plantas medicinais (BRAGA, 2011).

### 2.3 PLANTAS MEDICINAIS E COMUNIDADES TRADICIONAIS NO BRASIL

“A mata é a farmácia deste povo” (VON MARTIUS- 1814).

No Brasil, o cenário não é diferente. O surgimento de uma Medicina Popular utilizando as plantas, já era praticada pelas populações indígenas, agregando posteriormente contribuições dos negros e europeus. Os primeiros registros sobre o uso de plantas medicinais datam do século XVI, sendo a primeira descrição sobre o uso de plantas como remédio foi feita por Gabriel Soares de Sousa, autor do Tratado Descritivo do Brasil, de 1587. Esse tratado descrevia as plantas utilizadas pelos índios com fins medicinais, como:

Árvores e ervas da virtude, [...] têm grande virtude para curar enfermidades. [...] Há muitas ervas menores, pelos campos, de muita virtude, de que se aproveitam os índios e os portugueses. [...] Cozidas as folhas e flores desta erva, tem a sua água muito bom cheiro e virtude para sarar sarna e comichão, e para secar chagas de boubas lavando-as com esta água quente, do que se usa muito naquelas partes. (SOUSA, 1851, p. 208 - 211).

Desta forma, uma quantidade imensa de conhecimentos referentes aos cuidados com a saúde, saberes estes acumulados pela população indígena durante muitos séculos, começou a ser repassada ao europeu. Carreira e Santos (2001) lembram que infelizmente não dispomos na historiografia brasileira de um estudo acerca de até que ponto as práticas de saúde indígenas e afro-brasileiras colaboraram para a adaptação do europeu ao Novo Mundo. Mas, pode-se verificar que os colonizadores lusos não somente entraram em contato com o saber do cuidar indígena, como também se apoderaram deste, utilizando-o na sua sobrevivência.

A influência europeia teve início no Brasil com a vinda dos primeiros padres da Companhia de Jesus chefiados por Nóbrega, em 1579, os quais chegaram com Tomé de

Souza para catequizar os índios. Formularam receitas chamadas “Boticas dos Colégios”, à base de plantas para o tratamento de doenças. A exuberante natureza brasileira era motivo de fascínio e curiosidade para viajantes e colonizadores que aqui chegaram a partir do século XVI. Povos sem escrita, os indígenas das terras do pau-brasil souberam beneficiar-se da diversidade da flora e da fauna de suas terras. Seus conhecimentos, passados de geração em geração, chegaram até nós por meio dos relatos de aventureiros, naturalistas e colonizadores. Muitos europeus perceberam os usos empíricos de vegetais e deixaram textos em que relacionam as plantas, geralmente identificadas pelo nome indígena, e os seus usos. Não existem, porém, registros padronizados nem descrições organizadas. Esses homens descreveram os habitantes, os animais, os minerais e em especial as plantas utilizadas como alimentos, venenos ou remédios (SANTOS; PINTO, 2012, JORGE, 2014).

Durante os três primeiros séculos da colonização no Brasil, a sociedade branca dispunha das poucas e raras formas de cura trazidas da Europa, precisando recorrer aquelas a que diversas etnias utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Sendo o uso das ervas medicinais a prática que possuía a maior legitimidade popular, onde, curandeiros africanos e pajés utilizavam folhas, frutos, sementes, raízes, essências, bálsamos e resinas, partes lenhosas e brancas que esmagavam entre as pedras, pulverizavam, carbonizavam, dissolviam, maceravam. A frase “a mata é a farmácia desse povo”, cunhada em 1814, por Von Martius, reflete o fascínio dos europeus pelo conhecimento a respeito do uso de plantas e crenças dos indígenas brasileiros (EDLER; FONSECA, 2005).

Diante destas descobertas, os viajantes que por aqui passavam sempre se abasteciam destas plantas antes de excursionarem por regiões pouco conhecidas. As grandes navegações trouxeram a descoberta de novos continentes, legando ao mundo moderno um grande arsenal terapêutico de origem vegetal até hoje indispensável à medicina (RODRIGUES; AMARAL, 2012).

A colonização portuguesa e posteriormente outros povos que aqui chegaram, trouxeram na bagagem outros tipos de plantas que enriqueceram ainda mais a flora brasileira. Da cultura europeia pode-se citar a *Melissa officinalis* L. (erva cidreira), a *Pimpinella anisum* L. (erva doce), entre outras. Foi através da cultura africana que se incorporou plantas como a *Ruta graveolens* L. (arruda) e o *Syzygium jambolanum* (Lam.) DC. (jambolão), associando os rituais religiosos ao uso de plantas medicinais, comum em diversas culturas africanas. Da cultura indígena, advém o mais amplo catálogo, de onde se pode citar a *Piper umbellatum* L. (caapeba), o *Chrisobalanus icaco* L. (abajerú) e a *Bixa orellana* L. (urucum) (BADKE, 2008).

A cultura Oriental, trazida pelos imigrantes chineses e japoneses no final do século XIX, contribuiu para a introdução de novas plantas na cultura brasileira tais como o *Zingiber officinale* Roscoe (gengibre), a *Litchi chinensis* Sonn (lichia) e a *Wassabia japonica* (raiz forte). Existem também outras plantas medicinais de origem oriental, que foram introduzidas pelos portugueses, quando as descobriram em suas navegações até a Ásia. Como exemplos têm-se a *Cinnamomum zeylanicum* Blume (canela) e o *Syzygium aromaticum* (L.) Merr. & L. M. Perry (cravo), que ficaram mundialmente conhecidas por seu uso culinário (BADKE, 2008).

Com o fim do período colonial, chega ao Brasil aquele que seria um dos maiores contribuidores ao estudo da fitoterapia brasileira, Bernardino Antonio Gomes, médico português que desembarcou na cidade do Rio de Janeiro, como médico pessoal da Princesa Leopoldina, então prometida a D. Pedro I como esposa. Fascinado com a grande quantidade de produtos derivados de plantas medicinais, extraídos das matas e selvas do Brasil, resolveu empenhar-se em não somente catalogar botanicamente tais plantas, mas também estudar seus princípios ativos de que tanto falava a população da época (BADKE, 2008, EDLER; FONSECA, 2005).

No início do séc. XIX, ao percorrer as províncias do Brasil, “o eminente botânico francês Auguste de Saint-Hilaire compôs um herbário de 30.000 espécimes e mais de 7.000 espécies, das quais 4.500 eram desconhecidas dos cientistas, na época” (CARREIRA; SANTOS, 2001, p. 14).

Dessa forma, até meados do século XX, o uso das plantas com fins medicinais era amplamente utilizado no país, sendo reflexo das uniões étnicas ocorridas entre os diferentes imigrantes que aqui chegaram e os povos que aqui viviam. Assim, diante da ausência de boticas e de médicos, e destituídos de recursos para o tratamento, as populações enfrentavam a adversidade das doenças com receitas caseiras, com folhas e raízes encontradas nas matas, recorrendo a curandeiros, benzeduras e orações (WISSENBACH, 1998; ALVIM, 1998).

As ervas utilizadas para o tratamento das doenças, irradiadas por meio de receitas da Medicina Popular, algumas delas depurativas, outras ainda simplesmente simbólicas, encontravam-se espalhadas pelas matas, ou eram cultivadas em canteiros, e suas qualidades terapêuticas algumas vezes conhecidas mediante a observação do comportamento de animais, vinham de conhecimentos imemoriais. Porém, para utilizá-las, era preciso conhecer o cultivo, a colheita e as propriedades terapêuticas, e os cuidados na sua preparação, envolvendo rituais e constelações. Essa relação simbólica, revestida de um sentido mágico, despertava nas pessoas um mito de respeito e de temor (WISSENBACH, 1998).

Badke (2008) destaca que, com o surgimento dos primeiros produtos alopáticos, como a aspirina no início do século XX, diminuiu a utilização de produtos a base de plantas, culminando com um maior afastamento dos profissionais da área da saúde no estudo das plantas, principalmente na segunda metade do século XX, quando estes se preocupavam em estudar os produtos químicos delas extraídos, para a produção de medicamentos alopáticos.

Mesmo perdendo espaço para os produtos alopáticos, essa prática sempre esteve presente no cotidiano do povo brasileiro, principalmente nas classes sociais com menor poder aquisitivo. Porém, nas últimas décadas, esse panorama começou a ser modificado. As plantas medicinais passaram a ganhar cada vez mais adeptos, tanto da população em geral como de profissionais da área da saúde. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, em função de que 80% da população mundial depende dessas espécies, no que se refere à atenção primária à saúde (BADKE, 2008, PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005, RODRIGUES; AMARAL, 2012).

Dentro deste contexto, o Brasil tem buscado estabelecer diretrizes na área de plantas medicinais e saúde pública, como a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com diretrizes e linhas de ação para “Plantas Medicinais e Fitoterapia no SUS”, e a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, com abrangência da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essas políticas foram formuladas em consonância com as recomendações da OMS, os princípios e diretrizes do SUS, o potencial e oportunidades que o Brasil oferece para o desenvolvimento do setor, a demanda da população brasileira pela oferta dos produtos e serviços na rede pública e pela necessidade de normatização das experiências existentes no SUS (BRASIL, 2006, RODRIGUES; AMARAL, 2012).

Entretanto, apesar de todas as políticas estabelecidas, do reconhecimento da riqueza da flora brasileira e da tradição do uso de plantas com fins medicinais pela população, os estudos ainda são escassos. Um levantamento realizado em 2011 apontou 382 medicamentos fitoterápicos, sendo destes 357 fitoterápicos simples e 25 em associação. Esses fitoterápicos são produzidos a partir de 98 diferentes espécies vegetais. As espécies vegetais com mais registro são em sua maioria estrangeiras, como *Aesculus hippocastanum* L. (castanha-da-índia), com 22 registros e *Ginkgo biloba* L. (ginkgo), com 20 registros. Entre as (brasileiras, as mais registradas são *Mikania glomerata* Spreng. (guaco), com 20 registros, *Passiflora incarnata* L. (maracujá), com 16 registros e *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek

(espinheira-santa), com 14 registros (CARVALHO; NETTO, 2012). Diante disso, pode-se afirmar que:

No Brasil, a Medicina Popular equivale aos conhecimentos e práticas arraigados tanto à cultura indígena quanto aos valores trazidos por colonizadores. Esses conhecimentos foram incorporados pela população e são respeitados no cotidiano, cristalizados nos hábitos, nas tradições e nos costumes. (BARBOSA et al., 2004, p. 38).

Considerado um dos países que detêm a maior biodiversidade do planeta, em torno de 15 a 20% do total mundial, o Brasil possui um banco genético cobiçado e explorado por muitos outros países. Além desse acervo genético, o Brasil é detentor de rica diversidade cultural e étnica que resultou em um acúmulo considerável de conhecimentos e tecnologias tradicionais, passados de geração a geração, entre os quais se destaca o vasto acervo de conhecimentos sobre manejo e uso de plantas medicinais (BRASIL, 2006).

Neste sentido, compreende-se que o Brasil, com seu amplo patrimônio genético e sua diversidade cultural, tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano, na área de saúde, referente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. É o país com a maior biodiversidade do planeta, que agregado à diversidade étnica e cultural possui valioso conhecimento tradicional<sup>13</sup>, principalmente no manejo e uso de plantas com fins medicinais. As plantas além de serem utilizadas como substrato para a fabricação de medicamentos são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros passados de geração a geração (BRASIL, 2006).

#### 2.4 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA POPULAR

Sem a preocupação se tal uso é ou não popular, a mãe usa chazinhos na tentativa de amenizar uma cólica do filho, a avó indica dieta a neta que acabou de dar a luz, o raizeiro manipula raízes para os mais diferentes males (OLIVEIRA, 1985). Essas práticas, como a visita a uma curandeira ou benzedeira são lembranças que podem fazer parte da vida de muitas pessoas. A imagem que podemos resgatar é quase sempre de uma senhora simpática, misteriosa e capaz de transmitir uma sensação de paz inexplicável. Os métodos usados por

---

<sup>13</sup> O conhecimento tradicional pode ser entendido como o conjunto de saberes e saber-fazer a respeito do mundo natural e sobrenatural, transmitido oralmente, de geração em geração e somente pode ser corretamente interpretado dentro do contexto cultural em que é gerado (DIEGUES et al., 2000).

elas são variados, desde banhos de ervas, chás, garrafadas até orações utilizando ramos e folhas de plantas medicinais.

Sabe-se que há muito tempo ocorre o uso medicinal das plantas e que a indústria farmacêutica pode-se valer destes conhecimentos na produção de medicamentos para serem comercializados. Como afirma Simões e Schenkel (2002), na área farmacêutica as plantas e os extrativos vegetais foram e continuam sendo de grande relevância, tendo em vista a utilização das substâncias ativas como protótipos para o desenvolvimento de fármacos.

Argenta et al. (2011) salienta que essas espécies utilizadas na sabedoria popular têm se tornado objeto de estudo em muitos países é uma fonte importante de produtos naturais biologicamente ativos, que podem resultar na descoberta de novos fármacos, para as mais diversas doenças. Para Barbosa et al. (2004, p.38), “a Medicina Popular representa um importante elemento cultural de uma sociedade e, apesar dos grandes avanços alcançados pela ciência na área da saúde, continua recebendo créditos significativos por parte de seus praticantes”.

Também é fato, que o homem vem buscando na natureza elementos necessários para sua sobrevivência desde os tempos mais remotos. Por isso, não é possível separar a história das plantas, incluindo as plantas com poder curativo, conhecidas como plantas medicinais, da história do homem, pois estas parecem entrelaçadas. Como afirma Barbosa et al. (2004), não se sabe a data precisa do início da utilização das plantas sob a forma medicinal, pois sua história se entrelaça diretamente à própria história do homem, acumulando um conhecimento de milhares de anos.

Como constatamos nas palavras de Di Stasi (1996, p. 10):

O uso de espécies vegetais, com fins de tratamento e cura de doenças e sintomas, remonta ao início da civilização, desde o momento em que o homem despertou para a consciência e começou um longo percurso de manuseio, adaptação e modificação dos recursos naturais para seu benefício próprio. Esta prática milenar, atividade humana por excelência, ultrapassou todas as barreiras e obstáculos durante o processo evolutivo e chegou até os dias atuais, sendo amplamente utilizada por grande parte da população mundial como fonte de recurso terapêutico eficaz.

Embora de maneira empírica ou até mesmo intuitiva, a sabedoria popular ensina que as plantas podem ser excelentes remédios. Não há dúvida de que as populações com suas tradições culturais, mesmo que de modo ‘inconsciente’, contribuíram ao longo dos séculos na identificação, seleção e utilização destas plantas (DIAMOND, 2012). Isto ocorreu na tentativa de amenizar as dores e tratar as enfermidades que acometiam as pessoas. Com isso, esta prática considerada essencial se propagou a fim de proporcionar qualidade de vida às pessoas,

sendo passada de geração a geração, geralmente através da oralidade, se perpetuando até os dias atuais. Nesse sentido, ocorre a transmissão de valores adquiridos pela experiência de determinados grupos humanos, representantes de culturas próprias. Pois, “a cultura não é algo dado, uma simples herança que se possa transmitir de geração a geração. Ela é uma produção histórica, como parte das relações entre os grupos sociais” (PELEGRINI; FUNARI, 2008, p.19).

Para Quintana (1999) é interessante observar como a procura por procedimentos de cura, normalmente considerados mágicos, é sempre referida ao outro, um conhecido ou amigo. Ainda, segundo o mesmo autor, não poderíamos agir de maneira diferente, pois, no mundo racional em que vivemos acreditar e levar a sério práticas que não sejam devidamente comprovadas podem nos colocar sob o risco de sermos ridicularizados. Segundo Oliveira (1985), é grande o conjunto de pessoas que, em diferentes ocasiões de diversas concepções, opiniões e valores sobre a Medicina Popular, faz uso das técnicas, conhecimentos ou práticas que ela encerra.

Essa busca, talvez esteja atrelada à curiosidade pelo oculto, que nos instiga, nos fascina e nos remete à busca pelo desconhecido. Nos leva a querer e, ao mesmo tempo, temer adentrar neste mundo a que pertencem às pessoas que realizam estas práticas, como parte da dimensão do sagrado. Delegamos aqueles que detêm papel de mediador a possibilidade da obtenção do sucesso, sendo às vezes esse o único recurso disponível em uma comunidade.

A busca pelo oculto e, até mesmo pela magia, é motivada pelo fascínio por um tipo de poder que julgamos não possuir. Pois, diante de tais poderes já não seríamos seres tão indefesos. Todavia, essa comunicação com o sagrado só pode ser realizada por pessoas consideradas especiais, possuidoras de uma sabedoria acerca do mundo visível e invisível que lhes concede prestígio e poder. Para Oliveira (1985), a Medicina Popular possui concepções de vida e valores com significado forte e verdadeiro para aqueles que a utilizam, devolvendo a possibilidade de uma relação pessoal e humana de cura.

A percepção sobre o poder curativo de algumas plantas, observada em diferentes culturas, é uma das muitas formas de relação entre populações humanas e plantas. Essa riqueza biológica torna-se ainda mais importante porque está aliada à sociodiversidade que envolve vários povos e comunidades, com visões, saberes e práticas culturais próprias. Na questão do uso terapêutico das plantas, esses saberes e práticas estão intrinsecamente relacionados aos territórios e seus recursos naturais, como parte integrante da reprodução sociocultural e econômica desses povos e comunidades. Neste sentido, é imprescindível promover o resgate, o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de

uso de plantas medicinais e remédios caseiros, como elementos para a promoção da saúde, conforme preconiza a OMS (BRASIL, 2009).

Sendo esta prática de fundamental importância, o conhecimento adquirido no dia a dia foi sendo repassado através dos tempos e das gerações, chegando aos dias atuais. Cabe ressaltar, no entanto, que por vários períodos da história, o uso de plantas medicinais foi bastante desacreditado, principalmente pela ciência, como forma medicamentosa. Estratégias modernas na descoberta de novos fármacos na década de 80, baseada no mecanismo de ação e modelagem molecular, fizeram com que o estudo com plantas medicinais pelo meio científico, indústria farmacêutica e órgãos de fomento, ficasse em segundo plano, embora grande parte da população dos países em desenvolvimento continuasse usando plantas ou seus derivados nos cuidados básicos de saúde (ARGENTA et al., 2011).

Essa descrença muitas vezes foi reforçada pelos meios de comunicação, já que a pessoa se constrói na e pela comunicação (MAFFESOLI, 1996). Porém, nos dias atuais, tem-se observado um entusiasmo sem precedentes na imprensa brasileira quanto às potencialidades de exploração dos recursos naturais. Jornais de grande circulação chamam a atenção para o valor da biodiversidade; revistas apresentam chamadas de capa; reportagens são apresentadas em horários de destaque na TV, entre outros exemplos, todos divulgando a importância da utilização destas plantas pela população, como também com destaques aos estudos realizados pela ciência na busca de confirmação deste conhecimento empírico ou popular (SIMÕES; SCHENKEL, 2002), que, segundo Maffesoli (2007), é um ‘conhecimento’ empírico cotidiano que não pode ser dispensado, já que representa o ‘saber-fazer’, ‘saber-dizer’ ‘saber-viver’.

Segundo Oliveira (1985), não se avalia o quanto a Medicina Popular é importante, já que rotineiramente é praticada no contexto familiar, na casa dos amigos, parentes, vizinhos, nas cidades onde está incorporada nos atos cotidianamente vividos, cristalizados em hábitos, costumes e tradições.

Nas últimas décadas, se tem assistido a um aumento significativo do interesse da população mundial na busca por uma medicina mais natural, inclusive ocorrendo a adesão de muitos profissionais das áreas da saúde à utilização das plantas medicinais e os fitoterápicos. Neste sentido, o uso das plantas medicinais passou a ter destaque nacional e internacional, incitando, inclusive, sua utilização pelas camadas sociais que até então não utilizavam esses produtos (PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005). Esse interesse, segundo Simões et al. (1995), pode estar atrelado à crise econômica, ao alto custo de medicamentos industrializados, à difícil acessibilidade à assistência médica e farmacêutica, à tendência dos consumidores em



utilizar produtos de origem natural que agridem menos o organismo. Esse dado influenciou tanto o cenário político como o econômico, ocorrendo o traçado de várias políticas de normatização para esta prática.

Para Barbosa et al.(2004), a razão do uso de práticas baseadas no saber popular não se encontra apenas na falta de esclarecimento ou de recursos financeiros por parte da população, pois mesmo em grandes centros urbanos e em classes socialmente mais elevadas, crenças e práticas baseadas no saber popular e em experiências empíricas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças. Esta também é a reflexão da OMS, quando afirma que:

En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. (OMS, 2002, p.02).

Estima-se que pelo menos 25% de todos os medicamentos modernos são derivados diretamente ou indiretamente de plantas medicinais, obtidos principalmente por meio da aplicação de tecnologias modernas ao conhecimento tradicional (BRASIL, 2005). As potencialidades de uso das plantas medicinais encontram-se longe de estar esgotadas.

Neste sentido, compreende-se que o Brasil, com seu amplo patrimônio genético e sua diversidade cultural, possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como as maiores variedades vegetais do mundo, ampla sociodiversidade, o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento (BRASIL, 2005).

Desse modo, ainda que a alopatia permaneça hegemônica reconhecida como científica e de prerrogativa médica torna-se inconcebível, que uma prática que se perpetuou na história não tenha ainda, o merecido reconhecimento da ciência e daqueles que a executam (ALVIM et al., 2006; DI STASI, 1996).

## 2.5 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA TRADICIONAL

Podereis intitular-vos doutores quando souberdes manejar cada substância para tirar dela o remédio adequado. A prática é indispensável; as teorias não bastam (PARACELSO, 1493 -1541).

Desde a antiguidade, estudiosos da arte de curar apontam para a importância do uso das plantas medicinais. A terapia com medicamentos de espécies vegetais é relatada em

sistemas de medicinas milenares em todo o mundo, por exemplo, na medicina chinesa, tibetana ou indiana-ayurvédica (BRASIL, 2012).

A lo largo de la historia los asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos, oceánicos, centroamericanos y sudamericanos, además de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas de medicinas tradicionales indígenas. Influenciados por factores tales como la historia, las actitudes personales y la filosofía, su práctica varía en gran medida de un país a otro y de una región a otra. No es necesario decir que su teoría y aplicación difieren de manera importante de la teoría y la aplicación de la medicina alopática. (OMS, 2002, p. 07).

Nos dias atuais, embora a Medicina Moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, a OMS reconhece que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da Medicina Tradicional para sua atenção primária. Em virtude da relevância do tema, a OMS instituiu, no final da década de 70, o “Programa de Medicina Tradicional” formulando resoluções no sentido de considerar o valor potencial da Medicina Tradicional em seu conjunto, para a expansão dos serviços de saúde regionais, assim como fornecer informações e orientações técnicas a fim de propiciar as práticas de Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) de forma segura e eficaz (BRASIL, 2011).

Partindo dessa prerrogativa, a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, os profissionais de saúde e os políticos foram alertados para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde. No Brasil, a Constituição de 1988 definiu a saúde como direito de todos e responsabilidade do poder público e estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizado, com direção em cada esfera de governo. Esse sistema tem como base os princípios da universalidade, da equidade e integralidade na provisão da saúde, inserindo a noção de controle social e participação popular (BRASIL, 1990).

Mesmo com todo o caminho já percorrido, como não poderia deixar de ser, o SUS está sempre em constante aperfeiçoamento, pois, a cada dia surgem novas tecnologias que precisam ser incorporadas para a melhoria dos serviços de atendimento a saúde, bem como, é constante o surgimento de novos agravos, novas profilaxias, novos cuidados e a ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários, como a garantia de acesso a plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2000).

No sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS, várias iniciativas foram intensificadas a partir da década de 1980. Nesse contexto, eventos, políticas, programas,

resoluções, portarias e relatórios foram elaborados com ênfase nesse tema, conforme elencado abaixo:

- priorização do estudo de plantas medicinais de investigação clínica (1981);
- implantação do Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos (1982);
- implantar a fitoterapia nos serviços de saúde nas unidades federadas, que ocorreu por meio da resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988);
- o Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1991 reconheceu a atividade de fitoterapia, desde que desenvolvida sob a supervisão de profissional médico;
- a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde em 1995 instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos;
- a 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996 recomendou a incorporação, no SUS, das práticas de saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares e o incentivo da fitoterapia na assistência farmacêutica pública;
- foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos em 1998, que prevê a continuidade e expansão do apoio para o aproveitamento do potencial terapêutico da fauna e flora nacional, bem como, a certificação de suas propriedades medicamentosas. Desde então, diversas medidas administrativas foram tomadas pelo Ministério da Saúde para a implantação e fortalecimento do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, culminando com aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos no ano de 2006 (BRASIL, 2006);
- aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006;
- elaboração da Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS (RENISUS) em 2009;
- instituição da Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela portaria nº 886, de 20 de abril de 2010;
- elaboração do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira em 2011;
- inclusão dos fitoterápicos no RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) em 2012;

- Produto Tradicional Fitoterápico – Resolução - RDC nº 26, dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos em de 13/05/2014. (BRASIL, 2014).

Desde então, a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) e seus produtos, principalmente plantas medicinais, cada vez mais têm se tornado objeto de políticas públicas nacionais e internacionais. Como afirma Barbosa et al. (2004, p.39):

Além da Medicina Popular, outras modalidades não convencionais de assistência à saúde também recebem credibilidade e comprovam sua eficácia entre os usuários, sendo inclusive recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e reconhecidas oficialmente dentro do serviço público de saúde no Brasil. (BARBOSA et al., 2004, p. 39).

Nas últimas décadas, podemos destacar a formulação e implementação de políticas públicas, programas e legislação com vistas à valoração e valorização das plantas medicinais e derivados nos cuidados primários com a saúde e sua inserção na rede pública (BRASIL, 2012).

Em consonância com as recomendações da OMS, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação/adequação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e para a medicina antroposófica no SUS (BRASIL, 2012).

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS. Na instância federal, destaca-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada também em 2006 por decreto presidencial, com diretrizes e ações para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicas (BRASIL, 2012).

Atualmente, alguns municípios seguem desenvolvendo programas de fitoterapia na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012). Estas experiências e programas municipais e estaduais ocorrem de forma diferenciada com relação aos produtos e serviços ofertados aos usuários, ou seja, em diferentes níveis de complexidade. Pois, para a implementação deste programa e atendimento aos usuários são necessários à formação e qualificação dos profissionais envolvidos, bem como estrutura física, recursos financeiros, entre outros (BRASIL, 2011).

Além disso, durante as últimas décadas, o interesse do público nas terapias naturais tem aumentado significativamente nos países industrializados, e o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos estão em expansão. Sendo incentivadas não somente pelos profissionais que atuam na rede básica de saúde dos países em desenvolvimento, mas também naqueles onde a Medicina Alopática praticada é predominante no sistema de saúde local (BRASIL, 2001).

Para Menezes (2004) a Medicina Tradicional ao abranger vários saberes, como a biologia e a química, com uso das plantas e seus extratos ou o que é possível delas extrair; a biomedicina, na busca do tratamento, a cura do corpo e a religião, com as explicações para as crenças descritas em função de um aparato mágico-religioso. Provoca essa maior adesão do público, ao proporcionar a possibilidade de rompimento dessa compartimentação e normalização do conhecimento.

No entanto, a Medicina Tradicional, mesmo legitimada por decretos, tem suas raízes nos povos tradicionais, as quais produzem seus saberes e fazeres e constroem o seu campo identitário a partir de suas experiências e histórias de vida e das relações que estabelecem com o mundo natural. Segundo Le Goff (2003), nas sociedades ditas tradicionais, a antiguidade tem valor seguro. Os antigos dominam, como velhos depositários da memória coletiva, a garantia da autenticidade e da propriedade. Porém, os indivíduos mais velhos acreditam que a cultura e as tradições locais se perdem pelo desinteresse dos mais novos ou os indivíduos mais novos se consideram desinteressados ou desinformados em relação a essas práticas/tradições. Para Diamond (2012), a história das diversas sociedades humanas difere, não por questões relacionadas a diferenças biológicas, mas em virtude da diversidade ambiental dos locais onde esses grupos habitam.

Isto implica, conforme Albuquerque e Araújo (2009), na necessidade de compreender os conhecimentos que uma sociedade adquiriu sobre o meio no qual ela vive, como também a sua visão de mundo acerca dos saberes que orientam as relações entre natureza e sociedade. Sendo assim, como ressalta Diegues et al. (2000) é fundamental realizar o inventário dos conhecimentos, usos e práticas das sociedades tradicionais indígenas e não indígenas, pois, sem dúvida, elas são os grandes depositários de parte considerável do saber sobre a diversidade biológica hoje conhecida pela humanidade.

Nesta tentativa, neste mundo pós-moderno em alguns países a ecologia social tem se apoiado na etnociência que instala seu objetivo de estudo e método na fronteira entre as ciências naturais e sociais (DIEGUES et al., 2000; COSTA, 2008).

No entanto, a pós-modernidade (LYOTARD, 1998; ANDERSON, 1999; BAUMAN, 2001), nos relega um mundo cada vez mais veloz, podendo ocorrer esquecimento ou apagamento sobre as curas e os métodos utilizados por sociedades tradicionais. Bauman (2012) nos alerta que, "dada a velocidade que os temas quentes da moda são substituídos e esquecidos, não se pode saber ao certo se as ideias antigas realmente envelheceram, sobreviveram ao uso ou foram abandonadas por motivos de obsolescência" (BAUMAN, 2012, p. 08).

## 2.6 MODERNIDADE EM MOVIMENTO OU MOVIMENTO DA MODERNIDADE: CONCEITOS, REFLEXOS E REFLEXÕES

Esse mundo, nosso mundo líquido moderno, sempre nos surpreende; o que hoje parece correto e apropriado amanhã pode muito bem se tornar fútil, fantasioso ou lamentavelmente equivocado. Suspeitamos que isso possa acontecer e pensamos que, tal como o mundo que é nosso lar, nós, seus moradores, planejadores, atores, usuários e vítimas, devemos estar sempre prontos a mudar: todos precisam ser, como diz a palavra da moda, "flexíveis". (BAUMAN, 2011, p. 06, aspas no original).

O texto introdutório, de Bauman, nos remete à reflexão acerca do mundo atual em que estamos vivendo, em que os processos científicos e tecnológicos e o fluxo de informações evoluem de tal maneira velozes que tornam provisórios nossos conhecimentos. Eis a perturbação diante deste tempo: passado e futuro se inter cruzam e tudo ocorre em grande velocidade, exigindo de nós uma atitude de recepção imediata às mudanças. Assim, conceitos tidos como corretos são permanentemente questionados, acrescidos de novos saberes ou substituídos por outros que surgem a todo instante. Esta volatilização do conhecimento, além de gerar uma sensação de angústia e insegurança, pode levar ao desprezo ou à negação dos conhecimentos tradicionais, que tendem a ser facilmente substituídos pelo fascínio do novo, que chega a todo o momento.

O momento atual parece apresentar-se como um divisor de águas, sendo estudado por muitos autores, como Eagleton, (1988); Lyotard, (1998); Anderson, (1999); Bauman, (2001); Mafessoli, (2004); Harvey, (2006); Jameson, (2006), que o nomeiam pós-modernidade. Desta forma, é preciso recorrer à literatura para compreender em que bases conceituais se instala este fenômeno, que tem atingido com intensidade as ciências, as artes e a própria vida em sociedade.

### 2.6.1 As bases conceituais que levam da Modernidade à Pós-Modernidade

Bauman (1999) define o conceito de Modernidade como um período histórico que começou na Europa Ocidental, no século XVII, onde ocorreram uma série de profundas transformações sócio-estruturais e intelectuais, atingindo sua maturidade primeiramente como projeto cultural, com o avanço do Iluminismo, e depois como forma de vida socialmente consumada, com o desenvolvimento da sociedade industrial capitalista.

O autor diferencia modernidade de pós-modernidade, conceituando:

*modernidade*, da forma como emprego o termo, de modo algum é idêntica a *modernismo*. Este é uma tendência intelectual (filosófica, literária, artística) que — com origem remontável a muitos eventos intelectuais específicos da era precedente — alcançou sua força integral no início deste século e que, em retrospecto, pode ser vista (por analogia com o Iluminismo) como um "projeto" de *pós-modernidade* ou um estágio preliminar da condição pós-moderna. Com o modernismo, a modernidade voltou o olhar sobre si mesma e tentou atingir a visão clara e a autopercepção que por fim revelariam sua impossibilidade, assim pavimentando o caminho para a reavaliação pós-moderna” (BAUMAN, 1999, p. 299-300, aspas no original e grifos do autor).

Portanto, apesar da semelhança entre os termos, modernismo<sup>14</sup> e modernidade, esses precisam ser compreendidos como fenômenos distintos. O modernismo enfatiza uma categoria intelectual que surge dentro do fenômeno social modernidade, para então romper com alguns preceitos que alicerçavam a sociedade industrial que a abrigava. Bauman (1999), neste aspecto, mostra-nos uma sutil relação entre o modernismo e a pós-modernidade que surgiria a partir da reavaliação da modernidade.

Anderson (1999) registra que a expressão criada por Onís<sup>15</sup> entrou para o vocabulário hispânico, mas não teve grandes repercussões e que a expressão só chegaria ao mundo anglo-saxão a partir da década de 1950, já com ampliação do conceito que abrangeria não apenas uma categoria estética, mas também de época. Em 1954, Arnold Toynbee, ao

---

<sup>14</sup> Segundo Anderson (1999) o termo “modernismo” não vem da Europa ou dos Estados Unidos, mas na América hispânica. A criação do termo ‘modernismo’ tem no autor nicaraguense Rubén Dário, o principal nome deste movimento, iniciando no ano de 1890, uma tímida corrente com o mesmo nome que impulsionaria um movimento de independência cultural em relação à Espanha. Em inglês, a noção de modernismo só passou ao uso geral meio século depois (ANDERSON, 1999).

<sup>15</sup> “Foi um amigo de Unamuno e Ortega, Frederico de Onís, quem imprimiu o termo *postmodernismo*. Usou-o para descrever um refluxo conservador dentro do próprio modernismo: a busca de refúgio contra o seu formidável desafio lírico num perfeccionismo do detalhe e do humor irônico, em surdina, cuja principal característica foi a nova expressão autêntica que concedeu as mulheres” (ANDERSON, 1999, p.10).

publicar o oitavo volume de *Study of History*, chamou de ‘idade pós-moderna’ a época iniciada com a guerra Franco-Prussiana (1870-1871). Sua definição era essencialmente negativa. Para Toynbee, a pós-modernidade é um período de crise associado ao declínio de valores humanistas do Iluminismo, a questionamentos e a duas grandes guerras mundiais seguidas (ANDERSON, 1999).

Após a I e II Guerra Mundial e diante da possibilidade de ocorrer uma terceira guerra, Toynbee percebeu que a categoria de civilização, da qual ele se orientara para explicar o desenvolvimento humano, não tinha mais sentido. Ele concluiu que, a longo prazo, só uma religião universal poderia garantir o futuro do planeta. Esses erros empíricos e conclusões proféticas, apesar das polêmicas geradas, logo caíram no esquecimento (ANDERSON, 1999).

Mais tarde, o termo reaparece na América do Norte com Charles Olson, que ao escrever ao também poeta Robert Creeley, fala de um ‘mundo pós-moderno’. No entanto, sua forma de fazer poesia “aliava a inovação poética à revolução política na tradição clássica das vanguardas europeias do período anterior à guerra” (ANDERSON, 1999, p.18). No começo dos anos de 1950, Olson foi interrogado pelo FBI por suspeitarem dele durante a guerra, sendo que, após 1954, sua poesia “tornou-se mais esporádica e sintética-e a referência ao pós-moderno sumiu” (ANDERSON, 1999, p. 18).

No final dos anos 50, quando o termo reapareceu, fora apropriado por outras mãos – mais ou menos casuais – como indicação negativa do que era *menos*, não mais, moderno. Em 1959, C. Wright Mills e Irving Howe o empregaram nesse sentido – e por coincidência: ambos pertenciam ao mesmo ambiente de esquerda nova-iorquina. O sociólogo de modo mais cáustico, usou o termo para indicar uma época na qual os ideais modernos do liberalismo e do socialismo tinha, simplesmente falido [...] O crítico, de modo mais brando usou para descrever uma ficção contemporânea incapaz de sustentar a tensão de uma sociedade circundante cujas divisões de classe tornavam-se cada vez mais amorfas com a prosperidade do pós-guerra.(ANDERSON, 1999, p. 18-19).

Em 1960, Harry Levin, inspirando-se nas ideias de Toynbee, utilizou o termo pós-moderno de uma maneira mais perspicaz para descrever uma literatura que não seguia aos padrões do modernismo, mas que apontava para certa cumplicidade entre o artista e o burguês e um suposto vínculo entre cultura e comércio, iniciando uma versão pejorativa do pós-moderno (ANDERSON, 1999).

Ainda nos anos 60, o crítico Leslie Fiedler utilizou a expressão pós-moderno para celebrar o surgimento do que caracterizou como uma nova sensibilidade que despontava entre a geração mais jovem da América. Essa geração encontrava na literatura uma acolhida para



seus anseios, uma literatura que repudiaria as ironias e formalismos modernistas, uma nova literatura pós-moderna (ANDERSON, 1999; ESPERANDIO, 2007).

Anderson (1999) também faz referência ao sociólogo Amitai Etzioni, que em seu livro *The Active Society*, mencionava o pós-moderno como o período após o fim da guerra, com declínio do poder das grandes empresas e a ascensão de uma sociedade democrática. Diante das diferenças argumentativas com relação ao emprego do termo pós-moderno, Anderson nos mostra que não importa a aplicação do termo:

Uma vez que o moderno – estético ou histórico – é sempre em princípio o que se deve chamar um presente absoluto, ele cria uma dificuldade peculiar para a definição de qualquer período posterior, que o converteria num passado relativo. Neste sentido, o recurso a um simples prefixo denotando o que vem depois de virtualmente inerente ao próprio conceito, cuja recorrência se poderia esperar de antemão sempre que se fizesse sentir a necessidade ocasional de um marcador de diferença temporal. O uso nesse sentido do termo “pós-moderno” sempre foi de importância circunstancial. (ANDERSON, 1999, p. 20, aspas no original).

No entanto, foi na década de 1970 que a noção de pós-moderno se propagou com maior amplitude, estabelecendo-se não só como nomenclatura, mas como tema, ganhando maior fôlego. O momento decisivo se deu com uma publicação, no outono de 1972, com o subtítulo *Revista de Literatura e Cultura Pós-modernas*, revivendo assim o legado de Olsen por uma literatura prospectiva para além do humanismo, que “pela primeira vez estabeleceu a ideia de pós-moderno como referência coletiva” (ANDERSON, 1999, p. 23). Ainda assim, o caminho tomado pela publicação não correspondeu diretamente aos seus propósitos e os anos de guerra fria dificultaram as fusões das visões política e cultural com o espaço do pós-moderno, deixando vaga a unidade de Olsen (ANDERSON, 1999).

Em 1980, o crítico Ihab Hassan, um dos primeiros colaboradores da *Revista de Literatura e Cultura Pós-modernas*, elaborou uma taxonomia da diferença entre os paradigmas modernos e pós-modernos, apresentando “uma série de oposições estilísticas entre modernismo e pós-modernismo” (ESPERANDIO, 2007, p. 37). Embora sendo esta concepção pioneira, resultante de questionamentos e investigações, essa taxonomia parece simplificar, “em razão de sua dicotomia, a complexidade das mudanças captadas com sua percepção” (ESPERANDIO, 2007, p. 38).

No entanto, segundo Harvey (2006), foi notável a importância da percepção de Hassan quando ele percorreu campos tão distintos como a linguística, a antropologia, a filosofia, a retórica, a ciência política e a teologia, indo muito além do que uma simples

diferença pudesse apontar. Assim, “Hassan se apressa a assinalar que as próprias dicotomias são inseguras, equívocas” (HARVEY, 2006, p.49).

Apesar de Hassan ser considerado “pioneiro em muitas de suas percepções” (ANDERSON, 1999, p. 27), estendendo-as a todas as artes, havia em suas concepções “um limite embutido: barrava a passagem ao social. Essa foi sem dúvida uma das razões pelas quais ele saiu de campo no fim dos anos 80” (ANDERSON, 1999, p. 27). Em 1987, quando escreveu a introdução de sua coletânea de textos *A guinada pós-moderna*, deixou claro a sua insatisfação com as mudanças ocorridas no cenário pós-moderno (ANDERSON, 1999).

Ainda, segundo o autor,

Na própria razão pela qual Hassan se desiluiu com o pós-moderno está, no entanto, a fonte de inspiração da mais destacada teorização do pós-modernismo a surgir depois da sua. Ironicamente, foi a arte à qual deu menos atenção que afinal projetou o termo para o domínio público em geral. (ANDERSON, 1999, p. 28).

Segundo Anderson (1999), o termo pós-moderno entrou no mundo da arte em Nova York no ano de 1974, mas foi com o crítico e arquiteto Charles Jencks em seu livro *A linguagem da arquitetura pós-moderna*, lançado no ano de 1977, que a “ideia de um estilo pós-moderno significando ‘ecletismo’ se estabeleceu” (ESPERANDIO, 2007, p.40). No início Jencks considerava o termo negativo, hesitando em utilizá-lo, mas logo mudou de ideia adotando plenamente o pós-moderno e teorizando sobre seu ecletismo.

Em meados da década de 80, Jencks festejava o pós-moderno como uma civilização mundial de tolerância pluralística e opções superabundantes, uma civilização que “tornava sem sentido” polaridades ultrapassadas como “esquerda e direita”, capitalista e classe operária”. Numa sociedade em que a informação importava agora mais que a produção, “não há inimigo a derrotar” na rede eletrônica global. [...] Em ajuste sincrético cruzado, retornou o sonho sincrético de Toynbee. (ANDERSON, 1999, p. 30-31, aspas no original).

Percebemos que o tema, mesmo imerso em uma série de contradições, foi sendo construído “simultaneamente ao próprio aparecimento desta nova configuração do social que os teóricos têm dificuldade em definir” (ESPERANDIO, 2007, p. 41), inspirando assim “uma maior ampliação do seu alcance numa direção inesperada” (ANDERSON, 1999, p. 31). Mas coube ao filósofo francês Jean-François Lyotard, com a publicação *A Condição Pós-Moderna*, no ano de 1979, em Paris, a expansão do uso do conceito.

A versão elaborada por Jencks fundamentou termos não contemplados por Lyotard, como a arquitetura, o que permitiu que outros autores trilhassem esse caminho, culminando com a elaboração “do conceito de pós-moderno por Jencks e de sua ampla

aceitação na América do Norte, no ano 1982. A reação de Lyotard foi cáustica” (ANDERSON, 1999, p. 38) gerando nesses intercâmbios de ideias, o que Anderson (1999, p.44), chamou de “uma contradança”.

Trinta anos depois de Olson ter dado uma ideia da coisa, o pós-moderno cristalizara-se como referencial comum e discurso competitivo. [...] mas não havia consenso em que direção, apenas um conjunto de oposições que remontavam a Onís; nem em que artes ou ciências, apenas interesses desconexos e opiniões cruzadas (ANDERSON, 1999, p. 52).

Assim, o movimento inicial do pós-moderno motivado pelo entusiasmo e pela euforia, chegou a um momento de certo mal-estar, acendendo a descrença nas metanarrativas, isto é, a perda de nossas crenças nos discursos totalizantes que procuravam dar conta de tudo, que legitimavam, que buscavam construir um juízo de valor universal. Surgiu então, a valorização das pequenas narrativas a necessidade de lidar com a incerteza, com a falta de garantia. Instaurou-se a “melancolia” (ANDERSON, 1999, p. 43) e o pós-moderno mostrou-se como uma “sentença contra as ilusões alternativas” (ANDERSON, 1999, p. 54).

Nesse contexto, cada teórico contribuiu e contribui de acordo com sua formação, seu ponto de vista, para a concepção do pós-moderno, mesmo “sem uma integração intelectual” (ANDERSON, 1999, p. 53), conforme pode-se observar na afirmação do autor:

[...] Levin e Fiedler detectaram-se na literatura; Hassan estendeu-o à pintura e à música; ainda que mais por alusão que investigação; Jencks concentrou-se na arquitetura; Lyotard deteve-se na ciência; Habermas lidou com a filosofia. A obra de Jameson teve outro escopo – uma majestosa expansão do pós-moderno por praticamente todo o espectro das artes e grande parte do discurso sobre elas. O resultado é um painel da época incomparavelmente mais rico e abrangente do que qualquer outro registro dessa cultura. (ANDERSON, 1999, p. 69).

Jameson vê o pós-modernismo em termos de um corte em relação ao desenvolvimento social anterior, mas faz isso no âmbito de uma grande narrativa que é o marxismo, ao contrário de Lyotard, que defendia a perda da credibilidade nas grandes narrativas. Jameson só tomou conhecimento da obra de Lyotard no ano de 1982, quando lhe solicitaram que fizesse a introdução da referida obra sendo, sem dúvida, um grande desafio que não precisou realizar. Porém, considerou a argumentação de Lyotard notável e extremamente semelhante à dele, pois, os argumentos utilizados pelos dois pensadores, apesar de opostos, tinham como base fundamental, a narrativa (ANDERSON, 1999).

Ao constatar que a concentração da obra de Lyotard era nas ciências, não abrangendo áreas culturais, políticas ou qualquer interesse nas mudanças socioeconômicas Jameson dedicou-se aos tópicos não abordados por Lyotard, como a arquitetura e o cinema.

Sendo “a arquitetura, estopim da virada de Jameson para o pós-moderno, permaneceu sempre no centro da sua visão” (ANDERSON, 1999, p. 69).

Segundo Esperandio (2007), na concepção de Jameson sobre o pós-modernismo, este também elegeu elementos como o tempo/espaço e trabalho além de destacar aspectos da cultura e abordar as metanarrativas sobre ideologia e economia. Apresentou o pós-modernismo não só como teoria epistemológica ou estética, mas como fenômeno social e caracterizou a nova fase do capitalismo como “capitalismo tardio”. Para Anderson (1999), a abordagem do pós-modernismo defendido por Jameson, “desenvolve pela primeira vez uma teoria ‘lógica cultural’ do capital que simultaneamente oferece um retrato das transformações dessa forma social como um todo. Trata-se de uma visão muito mais abrangente” (ANDERSON, 1999, p. 85).

No entanto, mesmo que Jameson tenha conquistado um “domínio sobre o termo pós-modernismo” (ANDERSON 1999, p. 79), algum tempo depois, o próprio Jameson afirma que este conceito “não é amplamente aceito nem sequer compreendido hoje” (JAMESON, 2006, p. 17). Segundo ele, parte da resistência ao termo pode ser decorrente da pouca familiaridade com a variedade de obras por ele envolvidas, onde se constata reações específicas contra formas estabelecidas do alto modernismo<sup>16</sup>, dificultando assim a descrição do pós-modernismo como algo coerente, onde esse não se constrói por si mesmo, mas pelo modernismo que busca desbancar.

Isso significa que haverá tantas formas de pós-modernismo, quanto havia, no lugar, de alto modernismo, uma vez que elas são, ao menos inicialmente, reações específicas e localizadas contra esses modelos. Tal característica obviamente não facilita em nada a tarefa de descrever o pós-modernismo como algo coerente, já que a unidade desse novo impulso – se existe – é dada, não por si mesma, mas pelo próprio modernismo que ele busca destronar (JAMESON, 2006, p.18).

Para o autor, o conceito de pós-modernismo não só é contestado, como ainda é conflitante e contraditório. Não é algo que se possa estabelecer de uma vez por todas por isso, pode-se usá-lo com a consciência tranquila. O conceito, se existe um, tem que surgir no fim, e não no começo de nossas discussões do tema, evitando assim, danos de uma classificação prematura (JAMESON, 2000).

---

<sup>16</sup> Foi denominado de Alto Modernismo o período que se iniciou por volta de 1920 e foi até o fim da Segunda Guerra Mundial, quando assistiu a uma revolução na poesia caracterizada por diversificados experimentalismos formais, individualismos e ênfase nos aspectos cerebrais em detrimento dos emocionais (PARO, 2016).

Jameson (2006) considera que, toda essa discussão teórica se faz desnecessária, pois não se trata apenas de mais uma palavra para descrever um estilo particular, mas, trata-se, sobretudo,

[...] de um conceito de periodização, cuja função é correlacionar o surgimento de novos aspectos formais na cultura com o surgimento de um novo tipo de vida social e de uma nova ordem econômica – o que é frequentemente chamado, em tom de eufemismo, de modernização, sociedade de consumo pós-industrial, de sociedade da mídia e do espetáculo, ou ainda, de capitalismo multinacional. (JAMESON, 2006, p. 20).

Neste contexto, se propagava uma série de definições, opiniões, discussões e controvérsias. De acordo com Anderson (1999, p. 132), foi a esse “complexo de coisas” que Terry Eagleton, em *As ilusões do pós-modernismo* (1998), estabeleceu uma distinção entre pós-modernismo, como forma de cultura contemporânea, visão de mundo e a pós-modernidade, como período histórico específico, quando afirma:

*Pós-modernidade* é uma linha de pensamento que questiona as noções clássicas de verdade, razão, identidade e objetividade, a ideia de progresso ou emancipação universal, os sistemas únicos, as grandes narrativas ou fundamentos definitivos de explicação. Contrariando essas normas do Iluminismo, vê o mundo como contingente, gratuito, diverso, instável, imprevisível, um conjunto de culturas ou interpretações, desunificadas, gerando um certo grau de ceticismo em relação à objetividade da verdade, da história e das normas, em relação às idiossincrasias e à coerência de identidades. *Pós-modernismo* é um estilo de cultura que reflete um pouco essa mudança memorável por meio de uma arte superficial, descentrada, infundada, auto-reflexiva, divertida, caudatária, eclética e pluralista, que obscurece as fronteiras entre a cultura “elitista” e a cultura “popular”, bem como entre a arte e a experiência cotidiana. (EAGLETON, 1998, p.07, aspas no original. Grifo meu).

Bauman (2004) lembra que, em seus trabalhos mais recentes, passou a falar em “modernidade líquida” (2001), em vez de “pós-modernidade”, atribuindo essa decisão à dificuldade de esclarecimento entre os termos pós-modernidade e pós-modernismo. Como explica o próprio autor:

Uma das razões pelas quais passei a falar em “modernidade líquida” e não em “pós-modernidade” [...] é que fiquei cansado de tentar esclarecer uma confusão semântica que não distingue sociologia pós-moderna de sociologia da pós-modernidade, “pós-modernismo” de “pós-modernidade”. No meu vocabulário, “pós-modernidade” significa uma sociedade (ou, se prefere, um tipo de condição humana), enquanto “pós-modernismo” refere-se a uma visão de mundo que pode surgir, mas não necessariamente, da condição pós-moderna. Procurei sempre enfatizar que, do mesmo modo que ser um ornitólogo não significa ser um pássaro, ser um sociólogo da pós-modernidade não significa ser um pós-modernista, o que definitivamente não sou. (BAUMAN, 2004, p. 321, aspas no original).

Em sua busca por um melhor termo que caracterize a época atual, Bauman (2001) utilizou conceitos formais, isto é, enciclopédicos, quando se reportou aos termos “fluidez”, “liquidez” e “leveza”, para descrever a sociedade atual em equivalência aos termos “fixidez”, “solidez” e “peso”, representantes da fase que denominou “modernidade sólida”. Os primeiros se referem à fase da modernidade, a qual chama de “modernidade líquida”.

O autor, em sua obra “Modernidade Líquida”, afirma:

A sociedade que entra no século XXI não é menos “moderna” que a que entrou no século XX; o máximo que se pode dizer é que ela é moderna de um modo diferente. O que a faz tão moderna como era mais ou menos há um século é o que distingue a modernidade de todas as outras formas históricas do convívio humano: a compulsiva e obsessiva, contínua, irrefreável e sempre incompleta modernização; a opressiva e inerradicável, insaciável sede de destruição criativa [desmantelar, cortar, defasar, reunir ou reduzir...]. (BAUMAN, 2001, p.36, aspas no original).

Marc Augé (2012, p. 32), utilizou o termo “supermodernidade”. Em suas argumentações, ele firmou que ‘da supermodernidade poder-se-ia dizer que é o lado ‘cara’ de uma moeda da qual a pós-modernidade só nos apresenta o lado ‘coroa’ – o positivo de um negativo (AUGÉ, 2012, p. 33).

Augé (2012) caracterizou como modalidade essencial da supermodernidade, o excesso: de tempo, de espaço e de indivíduo. São esses excessos que definem a supermodernidade. Em suas considerações sobre as três figuras de excesso, “a superabundância factual, a superabundância espacial e a individualização das referências” (AUGÉ, 2012, p. 41), pelas quais procura caracterizar a supermodernidade, o autor não ignora suas “complexidades e contradições” (AUGÉ, 2012, p. 41), mas também ressalta que:

O século XXI será antropológico, não só porque as três figuras do excesso não são senão a forma atual de uma matéria-prima perene, que é a própria matéria da antropologia, mas também porque, nas situações de supermodernidade (como naquelas que a antropologia analisou sob o nome “aculturação”), os componentes se somam sem se destruírem. (AUGÉ, 2012, p. 42, aspas no original).

Dessa maneira, sendo o conhecimento resultado também de um ponto de vista, um entendimento, uma compreensão, e enriquecido por estes intercâmbios de ideias, é natural que a noção de pós-moderno tenha enfrentado dificuldades na construção teórica e prática de sua concepção, gerando conflitos e insatisfações.

## 2.6.2 Reflexos da fluidez: Quem é o sujeito pós-moderno?

Na concepção de Lyotard (1998), o sujeito pós-moderno passou a existir como tal, a partir das transformações que afetaram a ciência, a literatura e as artes a partir do final do século XIX, culminando com a entrada das sociedades na era pós-industrial e da incredulidade em relação às metanarrativas<sup>17</sup>. Com o descrédito da metanarrativa, surge o domínio da linguagem da informática, oriunda da revolução tecnológica, afetando a pesquisa e a transmissão do conhecimento (LYOTARD, 1998).

[...] “pós-moderna. A palavra é usada, no continente americano, por sociólogos e críticos. Designa o estado de cultura e transformações que afetaram as regras dos jogos da ciência, da literatura e das artes a partir do final do século XIX. [...] simplificando ao extremo, considera-se “pós-moderna” a incredulidade em relação aos metarrelatos”. (LYOTARD, 1998, p. xv-xvi, aspas no original)

No entanto, isso tem seus perigos, e essa liberdade pode produzir um indivíduo desprovido de centro, maleável, um ser volúvel e difuso como a sociedade que o cerca. Onde as justificativas se exaurem, não há mais necessidade de aprofundá-las, não há como justificar uma forma de vida cada vez menos preocupada em justificar-se a si mesma. Isso provoca certa inquietude, à medida que o capitalismo ocidental embarca em sua fase pós-metafísica e códigos morais restritos começam a perder credibilidade (EAGLETON, 2005). Pois,

O pós-modernismo nos exorta a reconhecer que não perderemos nada com o desmoronamento dos alicerces, exceto nossas correntes. Agora podemos fazer o que queremos sem ter que ficar empurrando toda uma bagagem metafísica pesada e desajeitada a fim de nos justificarmos. Tendo despachado nossa bagagem, liberamos as mãos (EAGLETON, 2005, p. 90).

Entretanto a ruína destes alicerces causa a sensação de insegurança, incerteza, falta do chão, da solidez. Essa ruptura não ocorreu de modo repentino, mas vem acontecendo ao longo dos tempos, pois “não é que o gelo liso sob nossos pés tenha se transformado em terreno acidentado; o terreno era acidentado o tempo todo” (EAGLETON, 2005, p. 90). O autor argumenta que essas rupturas continuam acontecendo, inclusive no momento atual, principalmente diante dos ataques terroristas, o pós-modernismo, na sua visão, não dá mais conta da situação.

---

<sup>17</sup> Grandes narrativas: São as grandes explicações sobre o mundo, a história, a vida. Para Anderson, (1999, p. 39) “as grandes narrativas então extintas: a redenção cristã, o progresso iluminista, o espírito hegeliano, a unidade romântica, o racismo nazista, o marxismo, freudismo”.

Para o sociólogo francês Alain Ehrenberg, a revolução pós-moderna começou num outono de 1980, numa quarta-feira à noite, quando uma certa Vivienne, uma mulher comum, num programa muito popular de entrevistas, pela televisão, na presença de 6 milhões de telespectadores, declarou nunca ter tido um orgasmo durante seu casamento, porque seu marido, Michel, sofria de ejaculação precoce (BAUMAN, 2011). Eagleton (2005, p. 297) argumenta que “com o deslanchar de uma nova narrativa global do capitalismo, junto com a chamada guerra do terror, pode muito bem ser que o estilo de pensamento conhecido como pós-modernismo esteja agora se aproximando de um fim”. O autor aponta o 11 de setembro de 2001, o ataque terrorista as torres gêmeas, como a data que marca o fim da pós-modernidade. Para ele, “a reação de Busch ao 11 de setembro recolocou em cena ideias consideradas superadas pelas teorias do pós-modernismo, tais como verdades inquestionáveis e totais” (ESPERANDIO, 2007, p.81).

Outro teórico, filósofo e pensador bastante polêmico ao abordar temas que buscam diagnosticar o mal-estar do momento atual, é Baudrillard. Em uma de suas entrevistas, quando esteve no Brasil para lançar seu novo livro, *Power Inferno* e participar da conferência 'A Subjetividade na Cultura Digital', na Universidade Cândido Mendes no Rio de Janeiro, foi possível conhecer melhor suas ideias. Mesmo considerado por muitos como um dos principais teóricos da pós-modernidade, quando questionado sobre o tema, demonstrou certo pessimismo, afirmando:

Veja o conceito de pós-modernidade. Ele não existe, mas o mundo inteiro o usa com a maior familiaridade. [...] eu próprio sou chamado de ‘pós-moderno’, o que é um absurdo. A noção de pós-modernidade não passa de uma forma irresponsável de abordagem pseudocientífica dos fenômenos. Trata-se de um sistema de interpretações a partir de uma palavra com crédito ilimitado, que pode ser aplicada a qualquer coisa. Seria piada chamá-la de conceito teórico (BAUDRILLARD, 2003, p. 01, ONLINE, aspas no original).

Baudrillard (2003) também considera os atentados terroristas de 11 de setembro de 2001 como um ato fundador do novo século, um acontecimento simbólico de imensa importância porque de certa forma consagra o império mundial e sua banalidade. Define seu pensamento como dissidente da verdade, procurando refletir sobre caminhos oblíquos, seguindo o raciocínio de que o paradoxo é mais importante que o caminho linear. Procura examinar a vida que acontece no momento, como um fotógrafo. “Aliás, sou um fotógrafo”, afirma ele (BAUDRILLARD, 2003, p. 01).

Porém, observa-se que essas mudanças não são aceitas por unanimidade, e nem ocorrem rapidamente, pois, mesmo depois de passados um século, há muitas dificuldades dos



intelectuais para abordar os problemas ligados ao fim dos tempos modernos. Essas análises, muitas vezes, são movidas mesmo que inconscientemente pela cólera ou pelo medo, principalmente porque precisam deixar de dizer o que a sociedade e o indivíduo ‘devem ser’ para reconhecer ‘o que é’, uma vez que, o fluxo vital é incessante. Nesse sentido, não se trata de ser pós-moderno, do modo como se poderia ter esta ou aquela identidade, mas como uma nova fase deste processo de saturação dos valores que regem um período, uma vez que nada é eterno (MAFFESOLI, 2004).

Não existem começos nem fins abruptos. Quando os diversos elementos que compõem uma determinada entidade já não podem, por desgaste, incompatibilidade, fadiga, etc., permanecer juntos, eles entram de diversas maneiras numa outra composição e, desse modo, favorecem o nascimento de uma outra entidade. [...] Saturação – recomposição. (MAFFESOLI, 2004, p.20).

Neste contexto, Maffesoli (2004, p. 21), ainda que de maneira provisória, definiu a pós-modernidade como “a sinergia de fenômenos arcaicos com o desenvolvimento tecnológico”. Segundo o autor, a pós-modernidade concerne o retorno ao local, a importância da tribo e da montagem mitológica. O indivíduo cedeu lugar à pessoa que irá desempenhar diversos papéis nos locais a que pertence. Com isto, a identidade se fragilizou, mas as identificações múltiplas, ao contrário, multiplicaram-se. Maffesoli (2004) defendeu que não há mais autonomia, mas sim heteronomia, onde o que prevalece é a lei do outro. Esse processo “produz o sujeito pós-moderno, conceptualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente” (HALL, 2003, p. 12).

Dessa maneira, o sujeito uno, estável, com um planejamento do nascimento até a morte, com identidade formada pela interação entre o eu e a sociedade deixa de existir. Na sociedade atual, o homem uno agora se encontra fragmentado, descentrado, vivendo em um ambiente variável e até mesmo resultado das transformações do momento atual provisório (HALL, 2003).

Essa mudança de paradigma faz com que a História linear seja menos interessante que as histórias humanas, ou seja, o tempo se contraiu em espaço, é preciso viver o presente, da melhor maneira possível, tendo mais importância o presente que se vive com terceiros, num determinado lugar. Essa noção de “presentismo” passou a afetar as diversas representações sociais, especialmente os mais juvenis. Se no modernismo mudar o mundo era o que dava sentido à vida, no pós-modernismo procura-se gozar o mundo, viver seja lá como for no presente (MAFFESOLI, 2004).

Apesar de o momento atual parecer desprovido de sentimentos, cheio de impessoalidade e fragmentação, Maffesoli (1999, p.20) argumentou que “não há humanidade sem imaginário. Não se trata de atacar a razão, mas o racionalismo. Não rejeito a racionalidade. Considero o lugar do sensível no imaginário social, na socialidade”. Segundo o autor,

O vínculo social, aquilo que fazia com que os indivíduos compusessem uma sociedade e se sentissem membros dela, na época que chamamos de moderna, era um racionalismo abstrato. Nossa época, esta que chamamos de pós-moderna, vai se desenhando pouco a pouco diante de nossos olhos: é feita de afetos, sentimentos e excessos que nos dirigem, mais do que os controlamos. (MAFFESOLI, 2004, p. 79 - 80).

Mesmo sendo considerado um otimista diante do momento atual, Maffesoli (1999, p. 21) afirmou que “não se trata da defesa de um paraíso, mas da apresentação de um mundo real, feito de contradições e de conflitos”. Para o autor, que se declara trágico e não otimista “o fundamento da pós-modernidade não é econômico” (MAFFESOLI, 1999, p.21).

De maneira oposta à afirmação de Maffesoli, para Jameson (2000, p. 14), “o pós-modernismo é o consumo da própria produção de mercadorias como processo”. Para tanto, o autor considerou que o “surgimento do pós-modernismo está intimamente relacionado com o surgimento desse novo momento do capitalismo tardio de consumo ou capitalismo multinacional” (2006, p. 43).

Independentemente dos motivos abordados na tentativa de explicar o momento atual, essa situação de inquietação retrata uma “intranquilidade do ser que merece atenção” (MAFFESOLI, 2004, p. 113), gerando “a tensão perpétua entre o que qualquer um é aquilo que gostaria de ser, ou sonharia ser” (MAFFESOLI, 2004, p. 114). Essa tensão pode ser resultante da relação do indivíduo com o próprio tempo, ao que Agamben (2009, p. 65) chama de “contemporaneidade”. Nas argumentações dele “contemporâneo é aquele que mantém o olhar fixo no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro” (2009, p. 62).

Para este autor, a contemporaneidade é uma condição intempestiva. Uma vez que, as situações nela determinadas, onde os avanços e as conquistas se tornam fundamentais, nos conduzem a lugares que não sabemos bem quais são, é necessário se deslocar no tempo sem fugir dele. Tendo a capacidade de “perceber e apreender o seu tempo” (AGAMBEN, 2009, p. 59), é olhar no escuro e perceber uma luz e “essa é a relação com o tempo que a este adere através de uma associação e um anacronismo” (2009, p. 59). Agamben, nos mostra o

contemporâneo como a procura de outro tempo, um tempo que vai além do cronológico. Segundo o autor,

[...] o compromisso que está em questão na contemporaneidade não tem lugar simplesmente no tempo cronológico: é, no tempo cronológico, algo que urge dentro deste e que o transforma. E essa urgência é a intempestividade, o anacronismo que nos permite compreender o nosso tempo na forma de um “muito cedo” que é, também, um “muito tarde”, de um “já” que é, também, uma “ainda não”. E, do mesmo modo, reconhecer nas trevas do presente a luz que, sem nunca poder nos alcançar, esta perenemente em viagem até nós. (AGAMBEN, 2009, p. 65-66, aspas no original).

Abertura e o distanciamento do anacrônico ampliam a visão a respeito do que é ser contemporâneo, não levando em consideração apenas o nosso século, isto é o agora, mas também dividindo e intermediando o tempo, transformando-o e colocando-o em relação a outros tempos, de nele ler de modo diferente a história. “É como se aquela invisível luz, que é o escuro do presente, projetasse a sua sombra sobre o passado, e este, tocado por esse fecho de sombra, adquirisse a capacidade de responder às trevas do agora” (AGAMBEN, 2009, p. 72).

O excesso de espaço, apesar de parecer paradoxal está relacionado com o encolhimento do planeta, pois o mundo se abre para nós como superabundância espacial. Há uma mudança nas escalas, a conquista espacial, os meios de transporte rápidos que facilitam o acesso a praticamente todos os lugares e a facilidade na transmissão via satélite de imagens para nossas casas em tempo real dos acontecimentos. Estas transformações, resultam em modificações no espaço físico, como concentrações urbanas, transferência da população e a multiplicação dos não-lugares (AUGÉ, 2012).

Uma figura de excesso é o ego. O indivíduo se crê o centro do mundo, busca interpretar por e para si as informações. Hoje o peso maior é dado à individualização das referências, contra ponto da homogeneização. Há o enfraquecimento das referências coletivas, a dificuldade de situar o indivíduo e como definir sua representatividade. Estamos vivendo mais, porém começamos a viver mais tarde (AUGÉ, 2012).

Nesse aspecto, Jameson (2006), destaca para, o enfraquecimento da historicidade, por meio da “transformação da realidade em imagens e a fragmentação do tempo em uma série de presentes perpétuos” (JAMESON, 2006, p. 44). Salienta ainda, que esse enfraquecimento ocorre, tanto na esfera pública quanto na privada, como também nas diversas obras de arte, quando não expressam o contexto em que foram produzidas, onde “a transitoriedade das coisas dificulta a preservação de todo sentido de continuidade histórica”

(HARVEY, 2006, p. 22). Apontando, a globalização, como o principal fenômeno espacial, onde os processos são acelerados ao ponto em que alguns sentidos, como o tempo e a distancia espacial se perderam. Onde, o que buscamos é a intensidade do presente, o antes e o depois desapareceram (JAMESON, 2006).

O autor, afirma que,

A pós-modernidade tem sido, no mais das vezes caracterizada como o fim de algo (por mim, assim como várias outras pessoas); não é de surpreender, quando temos que lidar com o surgimento de todo um novo modo de viver o cotidiano, que índices aleatórios de mudanças devem ser mensurados e teorizados no lugar de uma forma completa ainda ausente (JAMESON, 2006, p.157).

Diante dessa diversidade de discussões, podemos constatar que para cada resposta que se encontra, novas questões estão piscando, que há, muito mais a ser explorado e compreendido, onde as perguntas mais intrigantes e provocantes emergem, após cada resposta (BAUMAN, 2004).

### **2.6.3 Pós-Modernidade ou Modernidade em Movimento: Algumas reflexões**

Segundo Bauman (1999), a pós-modernidade se caracteriza, contudo, pela desregulamentação, onde as certezas presentes no indivíduo moderno, caracterizadas pela autoilusão, tornavam-se essenciais em um projeto de dominação. Embora, na maior parte de sua história, a modernidade tenha vivido na e da autoilusão, essa característica está desaparecendo (BAUMAN, 1999).

Tal situação reflete uma identidade moldável, buscando as suas identificações naquilo que lhe atrai ou naquilo que é mais conhecido e até mesmo mais difundido pelos meios de comunicação. Assim, surge “a aceleração dos processos globais, de forma que se sente que o mundo é menor e as distâncias mais curtas, que os eventos em um determinado lugar tem o impacto imediato sobre as pessoas e lugares situados e uma grande distancia (HALL, 2003, p. 69).

Essas transformações são frequentes no momento atual, quando o sujeito é cercado de informações dos mais diversos países, das mais variadas culturas. Isso faz com que muitos esqueçam das tradições legadas pelos antepassados, adaptando-se aos aspectos culturais mais difundidos, produzindo, segundo Hall (2003, p. 86) “novas identidades”.

Para Jameson (2006)

Rupturas radicais entre períodos em geral não envolvem mudanças completas de conteúdo, mas, ao contrário, a reestruturação de certos elementos já dados: aspectos que em um período ou sistema anterior eram subordinados agora se tornam dominantes, e aspectos que tinham sido dominantes tornam-se agora secundários. (JAMESON, 2006, p. 41).

Bauman (2001) afirma que a passagem da modernidade de um estado sólido para um estado líquido foi um processo que ocorreu desde o começo. Só que no início, derreter os sólidos significava derreter o passado, a tradição, as religiões, os elementos culturais que embargavam os avanços científicos, políticos, sociais e econômicos, pois já se encontravam enferrujados e não serviam mais. A tarefa era substituir os sólidos existentes por outros sólidos novos aperfeiçoados e duradouros, tendo como base a razão. Assim, o derretimento dos sólidos significava, antes de tudo, a profanação do sagrado, repúdio e destronamento do passado e da tradição, bem como, o derretimento radical dos grilhões e das algemas que limitavam a liberdade individual, impedindo movimentos e iniciativas individuais (BAUMAN, 2001).

Uma das características do que chamo de “modernidade sólida” era que as maiores ameaças para a existência humana eram muito mais óbvias. Os perigos eram reais, palpáveis, e não havia muito mistério sobre o que fazer para neutralizá-los ou, ao menos, aliviá-los. Era óbvio, por exemplo, que alimento, e só alimento, era o remédio para a fome. Os riscos de hoje são de outra ordem, não se pode sentir ou tocar muitos deles, apesar de estarmos todos expostos, em algum grau, as suas consequências. Não podemos, por exemplo, cheirar, ouvir, ver ou tocar as condições climáticas que gradativamente, mas sem trégua, estão se deteriorando. (BAUMAN, 2004, p. 322, aspas no original).

Em termos gerais, Bauman (2001) define modernidade sólida como uma época em que havia, em termos sociais, a tarefa da ordem, de um planejamento do futuro de uma trajetória de vida inteira. Porém, sua principal análise não é dessa modernidade, mas sim, do momento atual, da modernidade que vivemos hoje, denominada pelo autor de modernidade líquida, que se caracteriza não tanto por quebrar as rotinas e subverter as tradições, mas por evitar que padrões de conduta se congelem em rotinas e tradições. Como ressalta:

Diferentemente da sociedade moderna anterior, que chamo de “modernidade sólida”, que também tratava sempre de desmontar a realidade herdada, a de agora não o faz com uma perspectiva de longa duração, com a intenção de torná-la melhor e novamente sólida. Tudo está agora sendo permanentemente desmontado, mas sem perspectiva de alguma permanência. Tudo é temporário. É por isso que sugeri a metáfora da “liquidez” para caracterizar o estado da sociedade moderna: como os líquidos, ela caracteriza-se pela incapacidade de manter a forma. (BAUMAN, 2004, p. 322, aspas no original).

No entanto, não há consenso teórico sobre as definições de pós-modernidade. Lyotard (1998) apresentou a “condição pós-moderna” como uma necessidade de superação da modernidade caracterizada pelo fim das metanarrativas. Jameson (2000) e Harvey (2006) reconheceram a pós-modernidade como capitalismo tardio, o terceiro estágio do capitalismo seguindo o capitalismo financeiro, onde a cultura é a lógica dominante. Para Eagleton (1988) uma ilusão, ou conforme Maffesoli (2004), razão sensível. Ou seja, se diz a razão, mas na medida em que há o sentido, o sensível.

Há os que defendem o fim da pós-modernidade (BAUDRILLARD, 2003; EAGLETON 2005), argumentando que após o atentado terrorista de 11 de setembro de 2001, há uma nova narrativa global do capitalismo. Ainda, há os autores que preferem utilizar outros termos para caracterizar essas transformações ocorridas na sociedade nos últimos anos, como Marc Augé (2012) que utiliza o termo “supermodernidade”, Agamben (2009) usa a expressão “contemporaneidade”, Hall (2003) denomina “modernidade tardia” e Bauman (2001), utiliza o termo “modernidade líquida”.

Por conta dessa vasta produção bibliográfica e da complexidade e polêmica que tem gerado as amplas discussões sobre a pós-modernidade, elegemos Zygmund Bauman, como o autor que irá referenciar as nossas discussões. A opção pelo autor se dá pela evolução conceitual observada em sua obra que revela a sua capacidade de compreender cada momento histórico. Observa-se que, num primeiro momento o autor fez uso do termo pós-modernidade, pois o mesmo era suficiente para explicar as condições de vida que se mostravam diversas das condições modernas. Atualmente utiliza o termo “modernidade líquida” não como um conceito sinônimo de pós-modernidade, pois sua preocupação “tem sempre sido compreender esse tipo curioso e em muitos sentidos misterioso de sociedade que vem surgindo ao nosso redor”. [...] Esse “mundo em permanente movimento”. (BAUMAN, 2004, p. 321 - 324).

Assim sendo, mesmo que não haja unanimidade em qual termo poderia dar conta de explicar o atual processo de mudanças, é certo que nos deparamos com um tempo, que precisa ser nomeado. O que se pode constatar é que os termos atualmente utilizados para nomeá-lo como: pós-modernidade, contemporaneidade, supermodernidade, modernidade tardia ou modernidade líquida não altera o conceito ou a ideia de uma modernidade que está em constante movimento, não havendo, portanto, uma quebra de paradigma. Segundo Bauman (1999) não é que existe uma nova condição de pós-modernidade, no sentido de um novo momento histórico, mas sim uma nova sensibilidade pós-moderna de pensar a

modernidade. Portanto, baseando-se especialmente nas ideias de Bauman, a esse momento atual ousaremos denominar de “Modernidade em Movimento”.

Movimento, segundo Ferreira (2004, p. 567) é o “ato de se mover, de provocar mudança, deslocamento, animação, agitação, evolução ou tendência, série de atividades com determinado fim”. Esse é o contexto do momento atual e o termo *Modernidade em Movimento* representa esse constante movimento, do qual parece não haver formas de fuga, pois, ou ele envolve e conduz o sujeito, ou o atropela.

É o movimento que proporciona a “fluidez”, “liquidez” e “leveza” (BAUMAN, 2001), evitando que padrões de conduta se congelem em rotinas e tradições. Provocando transformações das relações que envolvem o passado e o presente, o antigo e o novo, o tradicional e o moderno. Onde, a velocidade, a imparcialidade, a insegurança são constantes. Tal situação reflete inclusive na identidade do homem atual, tornando-a moldável, buscando as suas identificações naquilo que lhe atrai ou naquilo que é mais conhecido e até mesmo mais difundido pelos meios de comunicação. Portanto, é o movimento que predomina na maioria de nossas ações, nos envolvendo, conduzindo ou atropelando.

Entretanto, conforme Hall (2003, p. 13) “a identidade unificada é uma fantasia”, pois segundo Bauman (2004), todas as decisões tomadas em um ambiente social, causam impacto nos outros, o que se faz em um lugar do planeta tem alcance global, ninguém está sozinho.

Neste contexto, a adoção do termo *Modernidade em Movimento* busca expressar como as rápidas mudanças ocorridas estão influenciando nas práticas tradicionais, como o uso e indicação de plantas com fins medicinais. Prática que historicamente foi reconhecida por possuir uma identidade unificada e estável<sup>18</sup>, preservando e difundindo este saber instituído e transmitido de geração a geração.

---

<sup>18</sup> Essa estabiliza tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificáveis e predizíveis, tendo uma identidade unificada e estável” (HALL, 2003). No entanto, essa unificação e estabilidade podem ser questionadas, uma vez que toda identidade é resultado das relações e do meio em que estamos inseridos, meio em constantes transformações por mais insignificantes que possam parecer.

### **3 A IDENTIDADE, A MEMÓRIA E A CULTURA NAS PRÁTICAS COM O USO DE PLANTAS MEDICINAIS**

Integrados em nossa geração, vivendo experiências que enriquecem a idade madura, dia virá em que as pessoas que pensam como nós irão se ausentando, até que poucas, bem poucas, ficarão para testemunhar nosso estilo de vida e pensamento. Os jovens olharão com estranheza, curiosidade; nossos valores mais caros lhe parecerão dissonantes e eles encontrarão em nós aquele olhar desgarrado com que, às vezes, os velhos olham sem ver, buscando amparo em coisas distantes e ausentes (BOSI, 1999, p. 33).

Neste capítulo apresenta-se os temas memória, identidade e cultura, com enfoque nas práticas com uso de plantas medicinais. Parte-se da prerrogativa de que o espaço ocupado ou produzido pelos sujeitos que serão objeto de estudo se constitui um espaço de memória, pois é por meio dela, que se estabelece a transmissão destes conhecimentos pela oralidade, ao longo das gerações.

O presente capítulo foi dividido em quatro seções. Na primeira seção, apresentam-se os pressupostos teóricos sobre identidade. Na segunda seção abordam-se aspectos importantes sobre cultura. A terceira seção é reservada para a memória. E por fim, na quarta seção, destacam-se a narrativa e a tradição.

#### **3.1 O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E A IDENTIDADE DOS SUJEITOS NA MODERNIDADE EM MOVIMENTO**

O século passado e o início deste têm sido marcados por uma série de transformações e mudanças, onde a velocidade define o cenário cultural. É o tempo do imediatismo, do encurtamento e da espera (SARLO, 2005), onde tais fatores acabam gerando instabilidade, fragmentação e incertezas. De acordo com Giddens (1991), estas transformações produzidas pela modernidade têm acontecido em tão curto espaço de tempo de maneira a não existir, na história, momento semelhante capaz de fornecer as bases para o entendimento dessas questões. Dispomos apenas da ajuda limitada de nosso conhecimento de períodos precedentes de transição na tentativa de interpretá-las (GIDDENS, 1991).

O homem dos dias atuais, não tem uma identidade fixa, essencial ou permanente. Hoje, sua identidade torna-se uma ‘celebração móvel’, resultado das várias transformações que sua identidade cultural vem sofrendo ao longo dos anos, pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. Portanto, ela é definida



historicamente, e não biologicamente<sup>19</sup>. O sujeito assume identidades de acordo com a ocasião e o momento. Não há um ‘eu’ coerente, sendo que a identidade é contraditória, pois, a multiplicidade de sistemas de representação possibilitou a multiplicação das identidades possíveis, mesmo que temporariamente. O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado, sendo composto não de uma única, mas de várias identidades (HALL, 2003).

Esse problema da falta de uma identidade fixa, única, coerente, está atrelado ao fato do indivíduo não viver mais na sociedade como um ser pleno, como vivia o sujeito do iluminismo, estável do nascimento até a morte, sendo um ser uno, com uma identidade fixa e estável (HALL, 2003). Esse sujeito foi descentrado, vive um novo estágio de identificação, sem identidade fixa, tendo sua identidade construída e reconstruída, inacabada, fragmentada, resultado das transformações do momento atual, onde segundo o autor,

[...] as velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno. A assim chamada “crise de identidade” é vista como parte de um processo mais amplo de mudança, que está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social. (HALL, 2003, p. 07, aspas no original).

Conforme afirma Stuart Hall, a atual crise de identidade acontece devido a constantes mutações, gerando dentro de nós identidades contraditórias, empurrando-nos em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas. Verificamos que se temos uma identidade unificada desde o nascimento até a morte, é apenas porque construímos uma cômoda história sobre nós mesmos. Sobre esse aspecto, Hall (2003) afirma que a identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia. Como afirma Bauman:

Essa obra de arte que queremos moldar o fluxo a partir do estofado quebradiço da vida chama-se “identidade”. Quando falamos de identidade há, no fundo de nossas mentes, uma tênue imagem de harmonia, lógica, consistência: todas as coisas que parecem – para nosso desespero eterno – faltar tanto e tão abominavelmente ao fluxo de nossa experiência. A busca da identidade é a busca incessante de deter de tornar mais lento o fluxo, de solidificar o fluido, de dar forma ao disforme. (BAUMAN, 2001, p. 97, aspas no original).

---

<sup>19</sup> Assim, a identidade é realmente algo formado, ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência no momento do nascimento (HALL, 2003, p. 38).

Desta maneira, a identidade formada pela interação entre o eu e a sociedade deixa de existir, levando a essência do sujeito a sofrer as alterações das prováveis necessidades do homem. Nessa sociedade, o homem uno agora se encontra fragmentado, descentrado, um híbrido cultural, vivendo em um ambiente variável e até mesmo provisório, onde as identidades parecem fixas e sólidas apenas quando vistas de longe ou de fora, numa visão rápida de relance. Esse processo produz o sujeito pós-moderno (BAUMAN, 2001; HALL, 2003). O termo *pós*, principalmente pela sua complexidade, tem atraído pesquisadores de diversas áreas, provocando reações diversas. Ele ultrapassou os limites da unicidade e se forma a partir do que é mais visível no momento atual, sendo que esse visível pode ser considerado como aquilo que é apreciado por muitos, conforme Bhabha:

Nossa existência hoje é marcada por uma tenebrosa sensação de sobrevivência, de viver nas fronteiras do "presente", para as quais não parece haver nome próprio além do atual e controvérsido deslizamento do prefixo "pós": pós-modernismo, pós-colonialismo, pós-feminismo. (BHABHA, 2013, p.19, aspas no original).

Ainda conforme Bhabha (2013), o ser humano passa pela fase do espelho, ‘a completude’ onde, na construção de sua identidade, baseia-se e adquire para si aquilo que mais lhe seja oportuno, sendo que sua identidade está sempre ameaçada pela falta. Isso proporciona a transformação do sujeito ao assumir aquela imagem, podendo esse posicionamento ser problemático. Ainda de acordo com Bhabha (2013, p. 133), “o imaginário é a transformação que acontece no sujeito durante a fase formativa do espelho, quando ele assume uma imagem distinta que permite a ele postular uma série de equivalências, semelhanças, identidades, entre os objetos do mundo ao seu redor”.

Esse hibridismo é frequente no momento atual, quando o sujeito é cercado de informações dos mais diversos países, das mais variadas culturas. Isso faz com que muitos esqueçam as tradições legadas pelos antepassados, adaptando-se aos aspectos culturais mais difundidos. Tal situação reflete uma identidade moldável, buscando as suas identificações naquilo que lhe atrai ou naquilo que é mais conhecido e até mesmo mais difundido pelos meios de comunicação.

Hall define esse momento em que vivemos por meio da representação. Vive-se para representar. Não se vive aquilo que nos foi ensinado na infância ou com que nascemos. As identidades nacionais não são coisas com as quais nascemos, mas são formadas e transformadas no interior da representação. Ao vivenciar o mundo contemporâneo e tentar fazer parte dos grupos modernos, é preciso adquirir coisas que nem mesmo compreendemos

muito bem e assim reproduzimos a representação, o ponto de vista do outro, construindo identidades (HALL, 2003).

Sendo assim, concordamos com Hall quando ele coloca a globalização como também responsável pela nossa formação cultural, ao afirmar que

Parece então que a globalização tem, sim, o efeito de contestar e deslocar as identidades centradas e “fechadas” de uma cultura nacional. Ela tem um efeito pluralizante sobre as identidades, produzindo uma variedade de possibilidades e novas posições de identificação, e tornando as identidades mais posicionais, mais políticas, mais plurais e diversas; menos fixas, unificadas ou trans-históricas. (HALL, 2003, p.87, aspas no original).

No aspecto da globalização, o regional e o mundial se misturam. O que é global passa a ser regional muito rapidamente e disso ocorrem assimilações e adequações culturais aos moldes mundiais, dificultando ao sujeito a distinção destes na transformação das identidades. Parecemos pertencer ao mesmo local e ao mesmo tempo somos muito diferentes, o que faz surgir certa tensão entre o ‘global’ e o ‘local’, com a possibilidade de uma ‘homogeneização cultural’ (HALL, 2003). No entanto, o mesmo autor ressalta,

Assim, ao invés de pensar no global como “substituindo” o local seria mais acurado pensar numa nova articulação entre “o global” e “o local”. Este “local” não deve, naturalmente, ser confundido com velhas identidades, firmemente enraizadas em localidades bem delimitadas. Em vez disso, ele atua no interior da lógica da globalização. Entretanto, parece improvável que a globalização vá simplesmente destruir as identidades nacionais. É mais provável que ela vá produzir, simultaneamente, novas identificações “globais” e *novas* identificações “locais”. (HALL, 2003, p. 77 e 78, aspas no original).

Hardt e Negri (2001), ao tratarem em sua obra *Império* sobre a globalização moderna e a falsa dicotomia entre o global e o local, entendem que o global acarreta homogeneização e identidade diferenciada e o local preserva a heterogeneidade e a diferença, dentro da nova ordem mundial. Esses autores admitem que:

A globalização [...] deve ser entendida como *regime* de produção de identidades e diferenças, ou de homogeneização e heterogeneização. A estrutura mais adequada para designar a distinção entre o global e o local pode, portanto, referir-se a diferentes redes de fluxos e obstáculos, nos quais o momento ou a perspectiva local dão prioridade a barreiras ou fronteiras de reterritorialização, e o momento global privilegia a mobilidade de fluxos desterritorializantes. Dessa maneira, é falso querer que estabeleçamos identidades locais que, em certo sentido, estão *fora* e protegidas dos fluxos globais de capital e Império. (HARDT; NEGRI, 2001, p. 64, grifos do autor).

Apesar de assumir várias identidades, resultado deste hibridismo cultural, influenciado pelo global, o homem pós-moderno busca sua identidade geralmente no âmbito regional. Neste momento, ele precisa transitar em duas direções distintas, o seu interior e o exterior, pois não há mais o preenchimento deste espaço, como ocorria no sujeito sociológico, isto é, entre o mundo pessoal e o público. Ele necessita de reconhecimento, principalmente acerca de sua cultura, ou conforme, questiona Hall (2003, p. 47): “o que está acontecendo à identidade cultural na modernidade tardia?”. Ele necessita saber se sua cultura está sendo preservada, afetada ou deslocada? Ainda segundo esse autor,

Pode ser tentador pensar na identidade, na era da globalização, como estando destinada a acabar num lugar ou noutro: ou retornando as suas "raízes" ou desaparecendo através da assimilação e da homogeneização. Mas esse pode ser um falso dilema. (HALL, 2003, p. 88, aspas no original).

A prática no trato com plantas medicinais está intimamente relacionada à identidade cultural e, portanto, é preciso compreender as influências da sociedade global diante das identidades locais e vice-versa na identidade desse sujeito em tempos de modernidade em movimento.

Para Diegues et al. (2000), o conhecimento tradicional somente pode ser interpretado dentro do contexto da cultura em que ele é gerado, evidenciando diferenças entre as formas pelas quais as populações tradicionais produzem e expressam seu conhecimento e aos desenvolvidas pela ciência. Enquanto a ciência faz suas análises a partir de categorias classificatórias específicas como a botânica, a genética dentre outras, as populações tradicionais nomeiam e classificam as espécies vivas segundo suas próprias categorias e nomes (DIEGUES et al., 2000). De acordo com Bhabha (2013, p. 29).

O trabalho fronteiro da cultura exige um encontro com "o novo" que não seja parte do *continuum* de passado e presente. Ele cria uma ideia do novo como ato insurgente de tradução cultural. Essa arte não apenas retoma o passado como causa social ou precedente estético, ela renova o passado, refigurando-o como um "entre-lugar" contingente, que inova e interrompe a atuação do presente. O "passado-presente" torna-se parte da necessidade, e não da nostalgia, de viver.

Deste modo, a identidade do sujeito que utiliza e transmite seus conhecimentos sobre plantas com fins medicinais precisa ser compreendida, pois os mesmos não podem ser vistos como grupos hegemônicos e passivos, ao contrário faz-se necessário mostrar a produção criativa e autônoma desse sujeito, nesta modernidade em constante movimento.

### 3.2 A CULTURA E A TRANSMISSÃO DE SABERES NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.

Segundo a Constituição Federal<sup>20</sup> de 1988 em seu art. 216, cultura são todas as ações por meio das quais os povos expressam suas formas de criar, fazer e viver. No entanto, muitas vezes já ouvimos o jargão *esse povo não tem cultura*, pois é comum associarmos a cultura de um povo ou a cultura de uma pessoa ao contato destes com a leitura, música, artes, história entre outros aspectos. Neste tipo de associação, o indivíduo que não sabe ler nem escrever é considerado desprovido de cultura, pois, para o senso comum, cultura possui um sentido de erudição, de conhecimento adquirido por mecanismos diversos, mas principalmente, por meio do estudo, construindo uma concepção equivocada a respeito do que significa o termo.

Eagleton (2003) considera a palavra cultura, como uma das duas ou três mais complexas de nossa língua. Pois, “a raiz latina da palavra ‘cultura’ é *colere*, o que pode significar qualquer coisa, desde cultivar e habitar adorar e proteger” (EAGLETON, 2003, p.10). Pelegrini e Funari (2008) afirmam que essa palavra é das mais antigas, sendo usada em latim, há mais de dois mil anos, para designar o cultivo da terra, em um sentido bastante concreto, como plantar cuidar, cultivar, mas também cultivar. O autor lembra que,

Foi o pensador romano Cícero (século I a.C.) que cunhou o mais antigo conceito da nossa cultura, ao mencionar a *cultura animi*, literalmente, a cultura, o cultivo ou culto do próprio espírito ou da alma. Formulado desta maneira, este termo implica uma ação interior/ou exterior. Por uma lado, a preocupação do indivíduo consigo mesmo é que o leva a cultivar-se a si mesmo, como se fosse um campo a ser trabalhado”. (PELEGRINI; FUNARI, 2008, p.12, *aspas no original*).

Assim, cultura passa a ser sinônimo de educação, no sentido de aprimoramento sendo necessária a realização de ações exteriores, como leituras, aprendizado oral, e até mesmo imitação, cultivando, assim, como a plantação, a natureza humana (PELEGRINI; FUNARI, 2008). Porém, segundo Laraia, (2007, p. 13), na tentativa “de explicar as diferenças de comportamento entre os homens”, o conceito de cultura, “se metamorfoseia e se transforma” (PELEGRINI; FUNARI, 2008, p. 13).

Nessa afirmação dos autores, constatamos as possibilidades de alterações, que o termo cultura teve ao longo do tempo. Como afirma Eagleton (2003, p. 19), “primeiro

---

<sup>20</sup> Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil-03/constituicao](http://www.planalto.gov.br/civil-03/constituicao).

significa algo como ‘civilidade’, depois no século XVIII, tornou-se mais ou menos sinônimo de ‘civilização’, termo este que em pouco tempo se fortaleceu e se espalhou por toda Europa, tendo os franceses como exemplo de civilização”. Neste período, cultura é sinônimo de civilização, pois a razão deveria prevalecer sobre o corpo e a emoção. Os europeus eram civilizados em relação aos bárbaros, os pobres eram iletrados e, daí, incivilizados (EAGLETON, 2003; PELEGRINI; FUNARI, 2008).

Tempos depois, os alemães, em contrapartida a essa noção de civilidade francesa, utilizam o termo *kultur* para definir cultura. Surge então, o conceito de cultura, como uma tentativa de negar o conceito de civilização. Desse modo,

No final do século XVIII e no princípio do seguinte, o termo germânico *Kultur* era utilizado para simbolizar todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa *Civilization* referia-se principalmente as realizações materiais de um povo. (LARAIA, 2007, p. 25, grifo do autor).

Neste contexto, que Eagleton (2003, p. 14) chama de “dupla recusa: do determinismo orgânico, por um lado, e da autonomia do espírito por outro” é que na visão de Laraia (2007), surge o primeiro conceito de cultura do ponto de vista antropológico. Foi quando, Edward Tylor (1832-1917), no final do século XVIII sintetizou os termos *Kultur*, *e Civilization*, no vocábulo *Culture*, que de modo mais amplo e complexo “inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (LARAIA, 2007, p. 25).

A partir do século XIX, cultura começa a deixar de ser sinônimo de civilização, tornando-se antônimo, pois se civilização é um termo de caráter sociável, uma questão de cordialidade e boas maneiras, cultura é algo inteiramente mais solene, espiritual, crítico e de altos princípios. É uma questão do desenvolvimento total e harmonioso da personalidade. (EAGLETON, 2003).

Em 1871, Tylor definiu cultura como sendo todo o comportamento aprendido, independentemente de transmissão genética. Em 1917, Kroeber rompeu todos os laços entre o cultural e o biológico, admitindo a supremacia do primeiro em detrimento do segundo (LARAIA, 2007).

Portanto, a ideia de cultura que entrou em uso no final do século XVIII, foi construída num contexto de incertezas e ambiguidades, entre os conceitos de civilização e cultura. Neste cenário, “a civilização minimizava as diferenças nacionais, ao passo que a ‘cultura’ as realçava” (EAGLETON, 2003, p. 20). No entanto, essa ambivalência se faz

presente nos dias atuais, quando a ideia de cultura apresenta “o caráter de dois gumes – simultaneamente ‘permitindo’ e ‘restringindo’, sobre o qual muito se tem escrito nos últimos anos, na verdade estava presente desde o começo” (BAUMAN, 2012, p.16).

Ainda segundo Eagleton (2003),

A cultura como orgânica, assim como a cultura como civilidade, paira indecisamente entre o fato e valor. [...] É essa fusão do descritivo e do normativo, conservada tanto de “civilização” quanto do sentido universalista de “cultura”, que despontara na nossa própria época sob a roupagem de relativismo cultural. Ironicamente, esse relativismo “pós-moderno” deriva-se justamente de tais ambiguidades na própria era moderna. (EAGLETON, 2003, p. 26, aspas no original).

Sendo assim, a busca da origem da cultura é um questionamento sem uma resposta única, pois essa busca nos leva a crer que o início da cultura não é datado, mas coincide com o processo de humanização, com a compreensão da própria natureza humana. Segundo afirma Laraia (2007, p. 58), “a cultura desenvolveu-se, simultaneamente com o próprio equipamento biológico e é, por isso mesmo, compreendida como uma das características da espécie, ao lado do bipedismo e de um adequado volume cerebral”.

Nesse sentido, não podemos dizer que um indivíduo não tenha cultura, sendo que, todos nascem e permanecem dentro de um contexto social, qualquer que seja ele. É nesse meio que tece suas amarrações, conforme se pode observar nas palavras de Geertz, (1989, p. 15), quando afirma que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”. É, portanto, impossível valorar as culturas, atribuindo maior ou menor valor, pois cada uma tem seu valor, não havendo uma cultura superior ou inferior à outra.

Ainda segundo Geertz (1989), por meio da análise dessas teias, que ele assume como sendo a cultura, pode-se perceber as relações existentes e as ligações que passam a ser estabelecidas entre o passado e o presente, entre o que aconteceu e o que se perpetua e quais as mudanças sofridas, possibilitando a percepção dos traços que estes acontecimentos deixam na sociedade. Desse modo, “tudo o que o homem faz, aprendeu com seus semelhantes e não decorre das imposições originadas fora da cultura” (LARAIA, 2007, p. 51).

Segundo Bauman (2012),

“A ideia de “cultura” serviu para reconciliar toda uma série de oposições enervantes pela sua incompatibilidade ostensiva: entre liberdade e necessidade, entre voluntário e imposto, teleológico e causal, escolhido e determinado, aleatório e padronizado, contingente e obediente à lei, criativo e rotineiro, inovador e repetitivo – em suma, entre a autoafirmação e a regulação normativa”. (BAUMAN, 2012, p. 17, aspas no original).

Assim sendo, quando nos referimos à cultura de um povo, de uma sociedade, mesmo tratando do coletivo, não podemos falar do assunto, sem falar de identidade e, portanto, cultura e identidade são dois termos que estão associados. Conforme afirma Bauman (2012, p. 44) “a atenção intensa que hoje se dá ao tema da identidade é em si mesma um fato cultural de grande importância e, ao menos potencialmente, de grande valor esclarecedor”. Isso se evidencia quando, na sociedade atual, no momento em que se menciona uma crise de identidade se associa à cultura, onde muitas vezes as crises culturais são identificadas como crises de identidade.

Segundo Hall (2003, p.13), “o sujeito assume identidades diferentes, em diferentes momentos”. A construção dessa identidade é um processo heterogêneo, onde cada pessoa terá particularidades que a diferem de outros indivíduos. Cabe considerar que o sujeito não vive isolado, então sua identidade cultural, é o “resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecedem” (LARAIA 2007, p. 46).

Bauman (2012) também destaca o processo de construção das identidades culturais, quando sugere que,

[...] a imagem mais capaz de apreender a natureza das identidades culturais é a de um *redemoinho*, e não a de uma *ilha*. [...] As identidades não se apoiam na singularidade de suas características, mas consistem cada vez mais em formas distintas de selecionar/reciclar/rearranjar o material cultural comum a todas, ou pelo menos potencialmente disponível para elas. É o movimento e a capacidade de mudança, e não a habilidade de se apegar a formas e conteúdos já estabelecidos, que garante sua continuidade. (BAUMAN, 2012, p. 69).

Como afirma Bosi (1986, p.17) "existe uma cultura vivida e uma cultura a que os homens aspiram". Nas palavras de DaMatta (1983), a cultura é uma tradição, que é transmitida de geração a geração, o que torna uma sociedade única, diferente da outra. No caso do homem, a cada sociedade corresponde uma tradição cultural que se assenta no tempo e no espaço. Para Bauman (2012, p. 28), “o trabalho da cultura não consiste tanto em sua autopropagação quanto em garantir as condições para futuras experimentações e mudanças”.

Ainda, segundo Bauman,

[...] a cultura, como tende a ser vista agora, é tanto um agente da desordem quanto um instrumento da ordem: um fator tanto de envelhecimento e obsolescência quanto de atemporalidade. [...] O paradoxo da cultura pode ser assim reformulado: o que quer que sirva para a preservação de um padrão também enfraquece seu poder. (BAUMAN, 2012, p.28).



Portanto, como ressalta Eagleton (2003, p. 60) “cultura e crise andam de mãos dadas”, pois, sendo a cultura um processo dinâmico, apresenta constantes alterações, uma vez que “dominar uma cultura” significa dominar uma matriz de permutações possíveis, um conjunto jamais implementado de modo definitivo e sempre inconcluso” (BAUMAN, 2012, p. 43). Sendo assim, a cultura é um processo em constante evolução, sempre em movimento. Bauman (2012) cita o antropólogo polonês Wojciech Burszta, ao afirmar que, “a teoria tradicional da cultura, tão bem-testada no caso de populações estáveis, isoladas, relativamente pequenas, economicamente simples e autocentradas, é inútil diante de culturas em movimento” (BAUMAN, 2012, p. 76).

Diante do exposto, é preciso buscar compreender as influências da sociedade global nas identidades locais e vice-versa. É importante buscarmos refletir de que forma as identidades e as culturas relacionadas ao trato com as plantas medicinais desses sujeitos pós-modernos, interagem e subsistem nesse momento de “liquidez” (BAUMAN, 2001) e nesta modernidade em movimento. Como estas práticas se estabelecem na medida em que as sociedades se modernizam e se transformam? Estas tradições se mantêm, ou suas populações muitas vezes, inventam ou reinventam tradições para se adequar a outras formas culturais ou até mesmo, como um modo de se adequar as mudanças sociais? A incorporação de novos conhecimentos no trato com plantas medicinais e sua ressignificação é condição necessária para a sua sobrevivência cultural? A resposta para essa questão parece ser positiva se tomarmos como referência as considerações de Bauman quando afirma que a cultura é um processo inconcluso, em constante evolução e que se faz na contradição entre o criativo e o rotineiro, entre o inovador e o repetitivo.

### 3.3 A MEMÓRIA E A TRANSMISSÃO DE SABERES NO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

Não posso esquecer. Com certeza esta frase é bastante presente em todos os momentos de nossas vidas, seja no cotidiano, seja em momentos como este, em que há necessidade de leitura, discernimento e reflexão. Porém, nos momentos menos reflexivos, aqueles em que nos reportamos a fatos, sempre que relatamos um acontecimento, contamos uma história ou relembramos, recorremos ao nosso banco de dados, como dizem os apaixonados pela informática na era da tecnologia. Ou, ainda segundo os biólogos, utilizando um conceito não tão figurativo, recorremos à memória, que é a capacidade que certos seres

vivos têm de armazenar no sistema nervoso, dados ou informações do meio que os cerca, para assim modificar seu próprio comportamento. Le Goff nos diz que:

A memória, como propriedade de conservar certas informações, remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele repassa como passadas. (LE GOFF, 2003 p. 419)

Portanto, o que nos torna seres únicos, é essa capacidade de registrar, disponibilizar e armazenar, a que denominamos memória. Cada um de nós traz informações diferentes e mesmo os seres geneticamente iguais, como os gêmeos univitelinos, possuem memórias diferentes, o que os torna seres diferentes. A memória de cada um é o resultado daquilo que é aprendido e também do que é esquecido. É a sua coleção pessoal de lembranças, pois os conhecimentos que hoje não possuímos, não podem ser praticados, executados e, portanto, dependemos de nossas lembranças, de nosso aprendizado (IZQUIERDO, 2002). Nosso acervo de memórias é o que nos converte em indivíduo, um ser único, mas que também não pode viver isolado, pois seu isolamento compromete o acervo, sua memória e a transmissão do que foi aprendido, adquirido e precisa ser conservado.

Segundo Izquierdo,

“Memória” é a aquisição, a formação, a conservação e a evocação de informações. A aquisição é também chamada de aprendizagem: só se “grava” aquilo que foi *aprendido*. A evocação é também chamada de recordação, lembrança, recuperação. Só *lembramos* aquilo que gravamos aquilo que foi aprendido. (IZQUIERDO, 2002, p. 09, aspas no original)

É também através deste acervo de memórias, que os indivíduos se agrupam, compartilhando aspectos culturais e afinidades, formando inclusive a identidade de um povo, deixando então, nossa memória individual e construindo uma memória coletiva. Sobre esse aspecto, Le Goff (2003, p. 434) comenta que “a memória pode conduzir a história ou distanciar-se dela”.

A memória biológica pode ser definida como a capacidade de registros, tendo como fonte principal o cérebro, sendo esta fonte sempre alimentada e renovada através das lembranças. Nessa memória estaria armazenado todo o legado de um povo, ao longo dos tempos, ficando, portanto, sujeito ao esquecimento.

Os museus, os arquivos e as bibliotecas são considerados lugares de memória da humanidade, sendo que nestes locais a memória é vista como preservação, pois ao guardar os documentos, guarda-se materialmente a história de uma cidade, de um país, de um povo e

consequentemente da humanidade. Conforme afirma Silva e Silva (2006), assim como os documentos, os monumentos e a oralidade, a memória faz parte da composição dos alicerces da história. Para Le Goff (2003, p. 447), “a memória é um glorioso e admirável dom da natureza, através do qual reevocamos as coisas passadas, abraçamos as presentes e contemplamos as futuras, graças à sua semelhança com as passadas”.

Assim, a memória é imprescindível para a reconstituição do passado, seja individual ou coletiva, sendo, portanto, um recurso fundamental para o entendimento da identidade e da história. Para Le Goff (2003 p. 469), “a memória é um elemento essencial do que se costuma chamar *identidade*, individual ou coletiva, cuja busca é uma das atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades de hoje, na febre e na angústia”.

Segundo Halbwachs (2003), a memória, por mais pessoal que possa ser, é construída socialmente. Ivan Izquierdo (2002) afirma que as pessoas tendem a viver em grupos, organizando-se em sociedades, pois não sabem viver isoladamente. Para isso, criam laços, buscam afinidades, memórias comuns e, a partir disso, criam uma identidade coletiva, uma memória social. Também para Le Goff (2003, p. 422),

[...] a memória coletiva foi posta em jogo de forma importante na luta das forças sociais pelo poder. Tornarem-se senhores da memória e do esquecimento é uma das grandes preocupações das classes, dos grupos, dos indivíduos que dominaram e dominam as sociedades históricas. Os esquecimentos e os silêncios da história são reveladores desses mecanismos de manipulação da memória coletiva.

No entanto, como a memória do povo, seu legado, sua identidade, não é registrado por meio da escrita, muito pode se perder, comprometendo inclusive, a sua história. A memória oral antecede a invenção da escrita. Todo saber era transmitido oralmente, sendo que para tanto, eram utilizadas as narrativas, ritos e canções, reservando, assim, a memória social, onde o coletivo existia a partir do individual e o individual a partir do coletivo. Nestas sociedades, os anciãos eram considerados especialistas da memória, homens-memória: ‘genealogistas’, guardiões dos códices reais, historiadores da corte, ‘tradicionalistas’, sábios guardiões da memória, pois detinham valiosos conhecimentos adquiridos através dos tempos pela idade (LE GOFF, 2003).

Ainda segundo Le Goff (2003), nas sociedades sem escrita, a memória coletiva estava ordenada de acordo com os interesses da idade coletiva do grupo; do prestígio das famílias dominantes e do saber técnico. É preciso considerar que o esquecimento sempre presente nestas sociedades, também se faz presente nas sociedades atuais, o que difere é que, nas sociedades ágrafas, o esquecimento comprometia todo o conhecimento, pois tudo aquilo

que não fosse observado, escutado, repetido, imitado e executado por toda comunidade não seria apreendido e, conseqüentemente seria, esquecido.

Podemos afirmar que *somos aquilo que recordamos*, literalmente. Não podemos fazer aquilo que não sabemos como fazer, nem comunicar nada que desconhecemos, isto é, nada que não esteja na nossa memória. Não podemos usar como base para projetar nossos futuros possíveis, aquilo que esquecemos ou que nunca aprendemos. (IZQUIERDO, 2002, p. 09, grifos do autor).

Com o advento da escrita, os fatos passaram a ser registrados e, com isto, a memória já não era a única responsável de gravar as informações. Agora o registro é material, objetivo e impessoal. O saber torna-se disponível, passível de consulta e até mesmo de ser guardado e manuseado. A partir daí, torna-se possível armazenar o saber e assim não dispomos apenas daquele necessário para as atividades do dia a dia. A memória passa, então, a ser exteriorizada e pode ser armazenada, podendo inclusive ser analisada. Para Le Goff (2003), o aparecimento da escrita está ligado a uma profunda transformação da memória coletiva.

O uso das letras foi descoberto e inventado para conservar a memória das coisas. Aquilo que queremos reter e aprender de cor fazemos redigir por escrito a fim de que o que se possa reter perpetuamente na sua memória frágil e falível seja conservado por escrito e por meio de letras que duram sempre. (LE GOFF, 2003, p. 445).

Porém, mesmo após o advento da escrita, com todos os avanços científicos e tecnológicos, muitas vezes o registro fica resumido a memórias oficiais, históricas, ou seja, aquelas que são consideradas relevantes por determinados grupos sociais e órgãos governamentais. Ainda há, neste contexto, memórias esquecidas ou não oficializadas, aquelas referentes ao cotidiano do homem comum, mas com suas riquezas e lembranças raramente enfatizadas. Portanto, a pesquisa e documentação de memórias não oficializadas, do sujeito comum, dos povos tradicionais, de praticantes de culturas como a medicina com plantas para fins medicinais podem trazer à tona conhecimentos até então desconhecidos pela sociedade em geral. Sobre esse aspecto Izquierdo (2002, p. 09) afirma que,

O passado, nossas memórias, nossos esquecimentos voluntários, não só nos dizem quem somos, mas também nos permitem projetar rumo ao futuro; isto é, nos dizem quem poderemos ser. O passado contém o acervo de dados, o único que possuímos, o tesouro que nos permite traçar linhas a partir dele, atravessando o efêmero presente em que vivemos, rumo ao futuro.

Tratando-se especificamente daqueles que utilizam plantas com fins medicinais, constitui-se em uma possibilidade de evidenciar memórias, tantas “possíveis quanto forem às experiências possíveis” (IZQUIERDO, 2002, p. 16). Registrar esses dizeres e saberes não oficializados, sem rigores científicos, pode gerar reflexões acerca dos conhecimentos adquiridos e transmitidos por meio das gerações, presentes no cotidiano destas populações, sendo utilizados muitas vezes como a única forma de alívio das dores físicas e até mesmo psíquicas.

Desta maneira, Izquierdo (2002) afirma que buscar a memória das experiências vividas por estas pessoas é uma forma de superar o esquecimento, pois, a maioria das coisas que aprendemos, ao longo de todos os dias de nossa vida se extingue ou se perde.

O que está em jogo não é como as pessoas lembram, mas sim em que contexto isto ocorre, considerando que as memórias de um indivíduo nunca são só suas e que nenhuma lembrança pode existir separada da sociedade. Portanto, é de fundamental importância trazer à tona as memórias, deixar falar os sujeitos que não são oficializados pela história, visto que, as memórias são construções dos grupos sociais e são eles que determinam o que é memorável e os lugares onde essa memória será preservada. (HALBWACHS, 2003). Como afirma Bosi,

Por mais nítida que nos pareça a lembrança de um fato antigo, ela não é a mesma imagem que experimentamos na infância, porque nós não somos os mesmos de então e porque nossa percepção alterou-se e, com ela, nossas ideias, nossos juízos de realidade e de valor. (BOSI, 1999, p. 17).

O conhecimento dos praticantes da Medicina Popular geralmente é transmitido por meio da oralidade. Mesmo que estes saberes, em sua maioria, não tenham sido registrados, estão latentes em suas memórias. Segundo Diegues et al. (2000, p. 31), “uma diferença relevante entre o conhecimento científico e o popular, está no modo de transmissão, isto é, entre a escrita e a oralidade”. Nesse sentido, o conhecimento popular somente pode ser interpretado dentro do contexto da cultura em que ele é gerado. Também no entendimento de Le Goff,

[...] a memória coletiva é não somente uma conquista é também um instrumento e um objeto de poder. São as sociedades cuja memória social é, sobretudo, oral, ou que estão em vias de construir uma memória coletiva escrita, aquelas que melhor permitem compreender esta luta pela dominação da recordação e da tradição, esta manifestação da memória. (LE GOFF, 2003, p. 469 - 70).

Dessa forma, o outro tem papel importante, na questão da produção da memória pessoal e, conseqüentemente, a identidade pessoal, acaba recebendo interferências da

coletividade, onde estas relações acontecem. Dessa maneira, a memória não pode ser pensada apenas como um apelo ao passado, mas como uma rede de relações que se estabelecem diante das recordações, possibilitando ao sujeito a produção de novos significados diante de sua própria história.

Portanto, é preciso compreender as relações existentes entres estes saberes, pois tais conhecimentos não são permanentes nem inabaláveis, podendo ser gerados, modificados e reformulados. Tais conhecimentos foram construídos no decorrer da história da humanidade, em suas práticas diárias, onde o homem desenvolveu uma ciência própria. Desde os primórdios, o homem sempre fez ciência, uma ciência que pode ser denominada como um conhecimento prático, empírico ou popular, resultado provavelmente, de muita observação, experimentação, acertos e erros, que através de meios naturais possibilitou ao longo dos séculos, o trabalho, a produção e a sobrevivência da sua espécie e demais seres vivos.

Segundo Ferreira (2004, p. 642) “popular é do, ou próprio do povo, ou feito por ele. Vulgar; trivial. Feito, distribuído ou adaptado para ser acessível ao uso ou consumo por grande número de indivíduos, especialmente aos com menor poder aquisitivo”. Para Beisiegel,

O uso do adjetivo “popular” enquanto instrumento de qualificação de uma certa cultura ou de um particular processo educativo é reconhecidamente problemático. O termo envolve alto teor de indefinição, apenas sugere, mais do que esclarece, tanto na natureza quanto na extensão dos fenômenos que procura especificar. (BEISIEGEL, 1979, p. 41, aspas no original).

Existem diferentes definições e considerações sobre popular. Para Canclini (2004, p. 153), “casi siempre limitaron lo popular a manifestaciones de zonas rurales más o menos ajenas a las transformaciones contemporaneas del capitalismo: lo redujeron a lo "tradicional". Ribeiro (1995), quando escreve em sua obra *O povo brasileiro*, salienta que nossa origem, já revela a distinção entre o popular e o não-popular, quando afirma que:

Surgimos da confluência, do entrecchoque e do caldeamento do invasor português com índios silvícolas e campineiros e com negros africanos, uns e outros aliciados como os escravos. [...] que se dá sob a regência dos portugueses, matrizes raciais díspares, tradições culturais distintas, formações sociais defasadas se enfrentam e se fundem para dar lugar a um *novo povo* [...] é um novo modelo de estruturação societária, que inaugura uma forma singular de organização socioeconômica, fundada num tipo renovado de escravismo e numa servidão continuada ao mercado mundial. (RIBEIRO, 2006, p. 17, grifos do autor).

Nesse sentido, originariamente, o popular implica em uma vinculação à população menos favorecida econômica e culturalmente, ou, como argumenta DaMatta (2004), a pessoa

que não tem autoridade ou posição social a que chamamos genericamente ‘povo’, para Ribeiro (1995), a massa popular de aglomerados brasileiros.

Mas, o termo popular expressa ainda, algo que vem do povo, da classe subalterna da sociedade, atendendo aos interesses desta classe. Segundo Canclini (2004, p. 153), ‘algunos piensan que para saber de qué estamos hablando cuando hablamos de lo popular hay que sumergirse en la existencia cotidiana del pueblo’. Também, o encontramos atrelado à classe trabalhadora, no trabalho do povo, dos que vivem e viverão do trabalho, resultando em transformações como alerta Canclini:

Lo popular se constituye como consecuencia de las desigualdades entre capital y trabajo, pero también por la apropiación desigual -en el consumo- del capital cultural de cada sociedad, y por las formas propias con que los sectores subalternos reproducen, transforman y se representan sus condiciones de trabajo y de vida. (CANCLINI, 2004, p. 164).

A partir da ótica da cultura do povo, o popular também adquire um significado específico no mundo em que é produzido, e, para DaMatta (2004), isto está representado no estilo e no jeito, ou seja, na cultura daquele grupo, pois se baseia no resgate cultural desse povo.

A cultura popular, assentada no saber vulgar, de transmissão oral, embora se dividisse em componentes rurais e urbanos, era unificada por um corpo comum de compreensões, valores e tradições de que todos participavam e que se expressavam no folclore, nas crenças, no artesanato, nos costumes e nas instituições que regulavam a convivência e o trabalho. (RIBEIRO, 1995, p. 263).

De acordo com Canclini, o popular deve ser visto mais como algo construído que como preexistente. Ele também alerta para a noção de popular construída pelos meios de comunicação, pois esta construção segue a lógica do mercado e, dessa forma, pode ser entendido no sentido daquilo que vende o que agrada multidões e não o que é criado pelo povo. Para o mercado, o popular não interessa como tradição, ou seja, como algo que perdura. A rigor, o que interessa ao mercado e à mídia é a popularidade. Porém, o que tem popularidade na indústria cultural, após atingir o seu auge, deve ser relegado ao esquecimento, a fim de dar espaço a um novo produto que deverá ser acessível ao povo, ser do gosto do povo, enfim, ser popular.

Ainda segundo o autor, a crise teórica atual da investigação do popular ocorre devido à forma pela qual os paradigmas são construídos desconectados pelas Ciências Sociais

e essa cisão que condiciona as divisões interdisciplinares é a mesma que opõe tradição e modernidade (CANCLINI, 2000).

Nesta perspectiva, nos deparamos com o antigo e o moderno, resultantes das relações construídas entre tradição e modernidade, chegando a se tornar corriqueira a oposição entre sociedade tradicional e a sociedade industrializada ou moderna. Porém, mesmo que por definição a sociedade moderna promova mudança constante, rápida e permanente, ao contrário da sociedade tradicional, a maior dificuldade está em conceituar estes dois tipos de sociedade, quanto à tradição. Le Goff (2003, p. 193) afirma: “quem diz tradição diz herança acumulada durante milhares de anos por um povo, e quem diz moderno, diz gosto ou até mania pelo que é atual”. No entanto, tradição é algo que existe em todas as sociedades, como afirma DaMatta (1983, p. 50), que “sociedades sem tradição são sistemas coletivos sem cultura”.

Um dos reptos principais com que se defrontaram essas primeiras sociedades estratificadas constituiu na necessidade de desenvolver princípios integradores capazes de dar unidade social e coesão moral a suas populações divididas em estratos sociais profundamente diferenciadas e contrapostos, a fim de torna-las entidades políticas unificadas e operativas. A fonte básica desta coesão foi encontrada nas velhas tradições religiosas, que para isso tiveram de ser redefinidas, a fim de resignificar (sic) o pobre com sua pobreza e também com a riqueza dos ricos, a todos permitindo viver e interagir e encontrar gosto e significação para suas existências tão contrastantes. (RIBEIRO, 1998, p. 100).

Assim, popular, tradição, tradicional e moderno são temas de difícil conceitualização, dando margem a discussões variadas. Não há um conceito único, se é que é possível pensar em unicidade em tempos de pós-modernidade, em tempos de “liquidez” (BAUMAN, 2001). Canclini (1983, p. 50) utiliza “a expressão ‘tradicional’ para dar conta de um aspecto ou tipo de cultura popular que se constitui por oposição a ‘modernidade’”. O mesmo autor visualiza essas ‘culturas populares’, caracterizando-as no plural, não só em sua definição ou caracterização, mas procurando entender como elas estão inteiramente ligadas nas transformações sociais que surgem, seja no ambiente urbano ou rural, como também no político cultural.

Le Goff (2003) faz algumas reflexões quando afirma que estamos, talvez, assistindo ao início de uma transformação profunda das relações do passado com o presente, onde o antigo pode ser substituído por tradicional e moderno por recente ou novo e nem tudo o que é moderno seja sempre um progresso absoluto em relação aos costumes transmitidos de geração em geração até hoje. Mesmo diante destas transformações, o mesmo autor salienta que:



A tradição é biologicamente tão indispensável à espécie humana como o condicionamento genético o é às sociedades de insetos: a sobrevivência étnica funda-se na rotina, o diálogo que se estabelece suscita o equilíbrio entre rotina e progresso, simbolizando a rotina o capital necessário à sobrevivência do grupo, o progresso, a intervenção das inovações individuais para uma sobrevivência melhorada. (LE GOFF, 2003, p. 469).

Portanto, a tradição está presente em todas as sociedades e, no Brasil, as culturas populares não são um conjunto de tradições ou de essências ideais, preservadas de modo etéreo, mas sim o resultado das interações das relações sociais (CANCLINI, 2000). Bosi (1999), também afirma que o novo e arcaico se entrelaçam e, reforçando sua posição, DaMatta (1984) concorda que uma sociedade é interessante porque contém uma ambiguidade de raiz. Ela é moderna e tradicional. Nesta sociedade, as tradições populares, como o uso de plantas medicinais, representam um importante ponto para reflexão, estabelecidas desde os primeiros contatos intertribais e interétnicos. Sobre a importância dessa mistura e essa junção de culturas entre as diferentes etnias, Ribeiro afirma que

Foi desindianizando o índio, desafricanizando o negro, deseuropeizando o europeu e fundindo suas heranças culturais que nos fizemos. Somos, em consequência, um povo síntese, mestiço na carne e na alma, orgulhoso de si mesmo, porque entre nós a mestiçagem jamais foi crime ou pecado. Um povo sem peias que nos atenham a qualquer servidão, desafiado a florescer, finalmente, como uma civilização nova, autônoma e melhor. (RIBEIRO, 1995, p.13).

O conhecimento tradicional sobre a utilização de plantas medicinais é riquíssimo, mas está se perdendo, pois os detentores do saber popular, onde estão incluídas as comunidades tradicionais, estão desaparecendo. É necessário, portanto, estudar esta prática como processo, como um produto inserido nas práticas sociais e não como um resultado, produto final voltado para si mesmo (CANCLINI, 2000). No entanto, não se trata de buscar resgatar esses saberes, pois estes não foram perdidos, mas, possivelmente, passam pelas transformações oriundas da pós-modernidade, deste momento de liquidez desta “modernidade líquida”, como afirma Bauman (2001) e que denominamos Modernidade em Movimento. Aqui, o conceito de tradições inventadas poderá alicerçar a reflexão sobre as práticas e os saberes desenvolvidos tanto na Medicina Popular como na Medicina Tradicional, onde tradição e modernidade se misturam e ou se complementam, pois

[..] apesar de todas as invenções, as novas tradições não preencheram mais do que uma pequena parte do espaço cedido pela decadência secular das velhas tradições e antigos costumes; aliás, isso já poderia ser esperado em sociedades nas quais o passado torna-se cada vez menos importante como modelo ou precedente para a

maioria das formas de comportamento humano. (HOBSBAWM e RANGER, 1997, p. 19).

Os praticantes da Medicina Popular que fazem uso de plantas com fins medicinais são pessoas que detêm um conhecimento geralmente adquirido por meio das gerações, na maioria das vezes, pela prática da oralidade, isto é, sem registro escrito. Tais saberes e técnicas possuem um valor inestimável, pois segundo Diegues et al. (2000, p. 15), “em numerosas situações, na verdade, esses saberes são o resultado de uma co-evolução(sic) entre as sociedades e seus ambientes naturais, o que permitiu a conservação de um equilíbrio entre ambos”.

Já os detentores do saber acadêmico e do conhecimento científico tiveram uma formação pautada em registros, experimentos e no rigor dos procedimentos científicos. Porém, alguns destes profissionais, no exercício de sua profissão, também são adeptos ao uso e indicação de plantas com fins medicinais para a cura de males físicos e até mesmo psíquicos, desenvolvendo o que a OMS classifica como Medicina Tradicional.

Mesmo diante de amarras oriundas da modernidade, ao tratar o popular como subsidiário, assiste-se no momento atual a um movimento contrário, também chamado de pós-modernidade que vem reconfigurando a ideia do popular. Neste, a preocupação já não mais se concentra na ideia da conservação, da perda de identidade ou na restrição do popular a uma esfera social, mas trata de ir além, de ver o popular como parte integrante das transformações que repercutem na sociedade, onde o popular, o tradicional e as culturas populares perdem o caráter imutável e estático (CANCLINI, 2000). Ainda segundo o autor;

A sociabilidade híbrida que as cidades contemporâneas induzem, nos leva a participar de forma intermitente de grupos cultos e populares, tradicionais e modernos. A afirmação do regional ou do nacional não tem sentido nem eficácia como condenação geral do exógeno: deve ser concebida agora como a capacidade de interagir com as múltiplas ofertas simbólicas a partir de posições próprias. (CANCLINI, 2000, p. 354).

Meihy (2002), ao esclarecer sobre a construção identitária a partir da memória, afirma que não é possível resgatar a memória, porque ela não é objeto, não é estática, mas sim dinâmica, problemática, sendo construída, a partir dos vários elementos humanos que rodeiam as lembranças, como os aspectos culturais, biológicos e históricos, mesmo que, uma das expressões mais comuns de quem se refere às narrativas sobre o passado seja o ‘resgate da memória’. Uma vez que, a memória não é uma coisa ou um objeto concreto, a rigor, não pode ser resgatável, sendo seus estudos sempre difíceis (MEIHY, 2002).

Portanto, a memória, é realmente uma das grandes heranças que o ser humano deve preservar e, com relação aos conhecimentos quanto uso das plantas medicinais não é diferente. O grande desafio consiste em buscar preservar esses conhecimentos para que possam ser valorizados e ressignificados à luz dos novos conhecimentos que se apresentam.

### 3.4 A NARRATIVA, A TRADIÇÃO E OS LAÇOS DO PASSADO COM O PRESENTE

Ao abordarmos a importância da cultura e da identidade nas sociedades ditas tradicionais, entendemos ser relevante destacar também a narrativa. Segundo Benjamin (1994, p. 197), “é cada vez mais raro encontrar pessoas que saibam narrar corretamente”. Para ele, com o passar do tempo e com a chegada dos tempos modernos, foi deixando de existir a capacidade de contar história. Para Bosi (1999) e Benjamin (1994), o empobrecimento da arte de trocar experiências influenciou na arte de contar histórias, onde o mundo da técnica desorienta e desmente o bom senso do cidadão, pois a experiência é a fonte a que recorrem todos os narradores.

Como afirma Benjamin (1994, p. 197-198), “quando se pede num grupo que alguém narre alguma coisa, o embaraço se generaliza. É como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências”. Estas mudanças podem estar atreladas à modernização da sociedade, pois à medida que os meios de comunicação evoluem fica mais difícil a troca de experiências e opiniões vividas e, portanto, há pouca ou nenhuma narrativa, como também há poucos ouvintes. Nesse sentido, “a arte de narração não está confinada nos livros, seu veio épico é oral. O narrador tira o que narra da própria experiência e a transforma em experiência dos que escutam” (BOSI, 1999, p. 43).

Não basta simplesmente ter vivenciado o momento, pois ao reproduzir o ato são necessárias exemplificações que o simples fato de contar por contar não satisfaz. Somente os mais velhos conseguem transpor com clareza seus feitos, pois suas histórias estão inseridas em sua história de vida. “A narração é a forma artesanal de comunicação. Ela não visa transmitir o ‘em si’ do acontecido, ela o tece até atingir uma forma boa. Investe sobre o objeto e o transforma” (BOSI, 1999, p.46).

Segundo Benjamin (1994, p. 198), “entre as narrativas escritas, as melhores são as que menos se distinguem das histórias orais contadas pelos narradores anônimos”. Desse modo, o autor considera a existência de dois tipos de narradores: os que viajaram por muitos

lugares, alguém que vem de longe, vencendo distâncias e voltando para contar suas experiências e os que permaneceram por muito tempo em um único lugar, conhecendo suas histórias e tradições, cujo passado o habita, destacando assim, o valor da experiência vivida e também presenciada como aspectos fundamentais da narrativa. Esses dois estilos de vida, exemplificados pelo camponês sedentário e pelo marinheiro comerciante, produziram, de certo modo, suas respectivas famílias de narradores, conservando suas características próprias. Segundo o autor:

O grande narrador terá sempre as suas raízes no povo, em primeiro lugar nas camadas artesanais. Contudo, assim como essas camadas abrangem o extrato camponeses, marítimos e urbanos, nos múltiplos estágios do seu desenvolvimento econômico e técnico, assim também se estratificam de múltiplas maneiras os conceitos em que o acervo de experiências dessas camadas se manifesta para nós. (BENJAMIN, 1994, p. 214)

Benjamin (1994) ressalta que a dimensão utilitária da narrativa pode representar em um ensinamento moral, numa sugestão prática, num provérbio ou numa norma de vida. De qualquer maneira, o narrador é um homem que sabe dar conselhos. O conselho tecido na substância viva da existência de quem sabe e pode narrar a história, tem um nome: sabedoria. No entanto, devido à evolução das forças produtivas, “a arte de narrar está definindo, porque a sabedoria - o lado épico da verdade - está em extinção” (BENJAMIN, 1994, p. 201). Como afirma Bosi, (1999, p. 43) “hoje não se dá mais conselhos, nem para nós nem para os outros. Na época da informação, a busca de sabedoria perde as forças, foi substituída pela opinião”.

O narrador retira da experiência o que conta, tudo é narrado com exatidão, mas o contexto psicológico não é controlado. A narração, em seu aspecto sensível, não é de modo algum o produto exclusivo da voz. Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos que sustentam a história, que dão asas aos fatos principiados. Seu talento vem da experiência; sua lição ele extrai da própria dor; sua dignidade é a de contar sem medo. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes (BENJAMIN, 1994; BOSI, 1999).

Assim, o narrador também pode incorporar a sua narração à experiência dos seus ouvintes, onde a experiência de que e com que trata o narrador é a experiência da tradição como um todo, da tradição incorporada, do acolhimento de experiências diversas que constituem a tradição. É o saber que vem de longe, encontrando nos dias atuais poucos ouvintes, pois compete com a informação sobre acontecimentos próximos, novos e

consumíveis. No entanto, esse saber é capaz de conservar suas forças e desenvolvê-lo ainda depois de muito tempo, sempre pronto a germinar (BENJAMIN, 1994).

Através da linguagem, o narrador tem a possibilidade de modificar o ato, portanto, deve-se ter atenção nesses aspectos, pois se acredita que “o instrumento decisivamente socializador da memória é a linguagem. Ela reduz, unifica e aproxima, no mesmo espaço histórico e cultural, a imagem do sonho, a imagem lembrada e as imagens da vigília atual” (BOSI, 1999, p. 18).

Halbwachs (2003) amarra a memória da pessoa à memória do grupo, pois para relembrar seu próprio passado individual é preciso recorrer a lembranças de outros e esta lembrança coletiva leva à esfera maior da tradição, que é a memória coletiva de cada sociedade. O espaço no qual a narração pode frutificar é o espaço da memória.

No ensaio *Experiência e Pobreza*, Walter Benjamin (1994) deixa claro o sentido da tradição como fonte de saber, além de apontar a memória como o modo de transmissão desse saber, ao narrar a parábola do tesouro enterrado em suas vinhas. Este relato destaca a experiência, a autoridade da tradição manifestada na velhice e sua transmissão de geração em geração. Assim ele narra:

Em nossos livros de leitura havia a parábola de um velho que no momento da morte revela a seus filhos a existência de um tesouro enterrado em seus vinhedos. Os filhos cavam, mas não descobrem qualquer vestígio do tesouro. Com a chegada do outono, as vinhas produzem mais que qualquer outra na região. Só então compreenderam que o pai lhes havia transmitido uma certa experiência: a felicidade não está no ouro, mas no trabalho. (BENJAMIN, 1994, p. 114).

Para Benjamin (1994), o declínio da experiência decorre, em termos gerais, da perda do sentido de uma espécie de sabedoria ancestral e a crescente desvalorização da tradição. Isso se deve, fundamentalmente, ao apagamento da tradição na modernidade, ao esquecimento dos ritos, das datas, das festividades, é o desvencilhamento das experiências. Esse comportamento não está necessariamente atrelado a homens inexperientes ou ignorantes, mas ao contrário, muitas vezes estão cansados e exaustos, ao devorarem tudo, e assim ficamos pobres abandonamos uma a uma as peças do patrimônio, levando à escassez de experiências coletivas comunicáveis e plenas de sentido. Nas palavras de Sarlo:

Trata-se de uma cultura da velocidade e da nostalgia, do esquecimento e da comemoração de aniversários. Por isso, a moda, que capta tão bem o espírito de uma época, cultiva, com igual entusiasmo, o estilo retrô e persegue a novidade. Onde a memória corre sobre uma esteira rolante. Há algo que parece contraditório: trabalha-se para que as coisas e as imagens envelheçam e, ao mesmo tempo, para conservá-

las como signos de identidade em um mundo unificado pela internet e pelos satélites. (SARLO, 2005, p. 96).

Dessa maneira, as tradições tornam-se parte indissociável das identidades sociais, pois esta nos remete à noção de ação social, na qual as pessoas podem repetir comportamentos motivados pelo hábito, pela noção de que sempre foi assim ou pela garantia de permanência em determinado grupo. Porém, as tradições nesse sentido, parecem ter enfraquecido, pois segundo, DaMatta (1983), ter tradição significa mais do que viver ordenadamente certas regras plenamente estabelecidas, mas vivenciá-las de modo consciente e responsável. Ainda segundo o mesmo autor:

A tradição, assim, torna as regras passíveis de serem vivenciadas, abrigadas e possuídas pelo grupo que as inventou e adotou, de tal modo que, numa sociedade humana, seus membros acabam por perceber sua tradição como algo inventado especialmente para eles, como uma coisa que lhes pertence. (DAMATTA, 1983, p. 49-50).

Percebe-se que as tradições atendendo a necessidade de cada sociedade, sofrem transformações, evoluem e essas mudanças se fazem necessárias inclusive para impedir o fim de uma tradição. Desta forma, a tradição deixa de ser vista como algo arcaico, ultrapassado, e passa a ser parte de nossa história e, como tal, fonte de aprendizado, pois conforme afirma DaMatta (1983, p. 48), “sem uma tradição, uma coletividade pode viver ordenadamente, mas não tem consciência do seu estilo de vida”.

Portanto, na medida em que as sociedades se modernizam, se transformam, as tradições aparecem, ou as populações, muitas vezes, inventam ou reinventam tradições para se adequar a outras formas culturais, ou até mesmo como um modo de suportar a mudança social.

Por “tradição inventada” entende-se um conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácita ou abertamente aceitas, tais práticas, de natureza ritual e simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente; uma continuidade em relação ao passado. (HOBSBAWM ; RANGER, 1997, p. 09, aspas no original).

Para Hobsbawm e Ranger (1997), uma das características das tradições inventadas é que elas estabelecem uma continuidade com o passado histórico apropriado. Este não precisa ser remoto, contudo, caracterizam-se estabelecendo uma continuidade artificial, através da repetição quase obrigatória. Sendo este um dos aspectos mais fortes da tradição, sua característica invariável, um conjunto de práticas fixas, legitimando determinados valores

pela repetição de maneira imutável e invariável, remetaria ao passado, real ou imaginário, contrastando com as constantes inovações do mundo moderno. De acordo com Hobsbawm e Ranger,

A “tradição” neste sentido deve ser nitidamente diferenciada do “costume”, vigente nas sociedades ditas “tradicionais”. O objetivo e a característica das “tradições”, inclusive das inventadas, é a invariabilidade. O passado real ou forjado a que elas se referem impõe práticas fixas (normalmente formalizadas), tais como a repetição. O “costume”, nas sociedades tradicionais, tem a dupla função de motor e volante. Não impede as inovações e pode mudar até certo ponto, embora evidentemente seja tolhido pela exigência de que deve parecer compatível ou idêntico ao precedente (HOBSBAWM ; RANGER, 1997, p. 09 e 10, aspas no original).

Constatamos assim, que tradição possui muitos significados, podendo se utilizar a definição bastante ampla, encontrada nos dicionários da Língua Portuguesa de Ferreira (2004), segundo o qual, trata-se da transmissão de doutrinas, de lendas, de costumes etc., durante longo espaço de tempo, especialmente pela palavra, sendo que a tradição é o laço do passado com o presente, transmitido de geração a geração. Também pode estar atrelada ao resgate de períodos considerados gloriosos, ao conservadorismo, conforme exemplifica Hobsbawm e Ranger (1997) ao afirmar que, nada parece mais antigo e ligado a um passado imemorial do que a pompa que cerca a realeza britânica.

No entanto, tradição pode ser inventada para legitimar novas práticas apresentadas como antiga. Inventam-se novas tradições quando ocorrem transformações suficientemente amplas e rápidas, tanto do lado da demanda quanto da oferta. Por outro lado, a força e a adaptabilidade das tradições genuínas não devem ser confundidas com a invenção de tradições. Não é necessário recuperar nem inventar tradições quando os velhos usos ainda se conservam (HOBSBAWM ; RANGER, 1997). Para Sarlo:

Hoje o tempo é mais fluído. A aceleração que afeta a duração das imagens e das coisas afeta também a memória e a lembrança. Nunca como hoje a memória foi um tema tão espetacularmente social. Trata-se da recuperação das memórias culturais, da construção de identidades perdidas ou imaginadas, da narração de versões do passado. O presente, ameaçado pelo desgaste da aceleração, converte-se, enquanto transcorre, em matéria da memória (SARLO, 2005, p. 95).

Mesmo que Benjamin (1994) assinala para a queda da experiência, como se isso não fosse o bastante, segundo o autor ela também corre, junto com a narração, o perigo de extinguir-se. Desse modo, a memória não nos serve apenas como comprovação e formação histórica, mas também destaca aquilo que é conveniente no presente em que se vive, havendo, portanto, uma relação muito estreita entre experiência, sabedoria e tradição. Pode se

considerar sábio o indivíduo experiente que adquiriu essa experiência contida na tradição, como também soube transmiti-la e comunicá-la por meio da narração, pois segundo o autor,

O narrador figura entre os mestres e os sábios. Ele sabe dar conselhos: não para alguns casos, como o provérbio, mas para muitos casos, como o sábio. Pois pode recorrer ao acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila a sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer). Seu dom é poder contar sua vida; sua dignidade é contá-la inteira. O narrador é o homem que poder deixar a luz tênue de sua narração consumir completamente a mecha de sua vida (BENJAMIN, 1994, p. 221).

Assim, a sabedoria adquirida por aqueles que fazem uso das plantas medicinais, recebida através de narrativas dos seus antepassados, precisa ser repassada através de novas narrativas às gerações presentes e futuras. Esses conhecimentos que se traduzem em práticas tradicionais fazem parte da identidade de um determinado grupo ou sociedade e, portanto, devem ser valorizados e preservados. Para que se mantenham vivos faz-se necessário que os detentores desses conhecimentos sejam incentivados à realização de novas narrativas para que novos sujeitos possam atualizar, reinterpretar e ressignificar tais conhecimentos.



## 4 MANIPULAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NESTA MODERNIDADE EM MOVIMENTO

[...] dada a velocidade com que os “temas quentes” da moda são substituídos ou esquecidos, não se pode saber ao certo se as ideias antigas realmente envelheceram, sobreviveram ao uso ou foram abandonadas por motivo de obsolescência (BAUMAN, 2012, p.08, aspas no original).

Neste capítulo será abordado a manipulação das plantas medicinais como movimento e prática social nesta Modernidade em Movimento. O capítulo está organizado em duas seções. Na primeira seção destacam-se a distinção entre instruídos e não instruídos e os postos de saúde como não-lugares. Na segunda seção abordam-se as relações e conexões entre a prática popular e o sistema de saúde e as concepções de saúde e doença.

### 4.1 DISTINÇÃO ENTRE INSTRUÍDOS E NÃO INSTRUÍDOS

Apesar da importância de uma ciência da sociedade e não para a sociedade, atrelada às preocupações e desafios que sustentam os discursos e as práticas, sobre a biodiversidade e a sustentabilidade, verifica-se que o conhecimento tradicional e a cultura dos povos tradicionais, são ainda constantemente negados. Esta integração entre olhares historicamente tão distintos desafia o pesquisador, principalmente por parte de alguns segmentos acadêmicos para incorporar e tratar dados aparentemente subjetivos, como simpatias, rezas, mitos, tabus, etc., que muitas vezes deixam de ser coletados, ou podem ser tratados como curiosidades, um aspecto lúdico para ilustrar a pesquisa (SÁ, 2006). A mesma autora evidencia a quebra epistemológica no processo de pesquisa de produtos oriundos da Medicina Popular e sugere a necessidade de se estabelecer ‘pontes’ entre os dois saberes.

Através dessas pontes ou diálogos, como iremos chamar, pode-se estabelecer troca de informações, gerando enriquecimento de saberes para ambas as partes. Sobre esse aspecto, Floriani comenta que,

Quando levamos em conta essa possibilidade de trocas entre diversos sistemas de conhecimento, é provável que o movimento que se observe nesses intercâmbios ocorra tanto no interior do sistema científico, como entre este e os demais sistemas populares de conhecimento. A linguagem humana é um sistema bastante complexo que não se contenta apenas em ficar prisioneira de seus sentidos estritamente científicos ou não científicos. As palavras e as figuras de linguagem migram facilmente de um sistema para outro. (FLORIANI, 2007. p.107).

Cabe salientar que, embora, os medicamentos alopáticos ou industrializados que movimentam um mercado farmacêutico de 343 milhões de dólares anuais permaneçam hegemônicos no mundo inteiro (PEIXOTO NETO; CAETANO 2005), o mercado de fitoterápicos tem crescido bastante nos últimos anos e estima-se que movimentou até 2007, cerca de 47 milhões de dólares anualmente. Atualmente, um sentimento geral de decepção com a medicina convencional e o desejo de adotar um estilo de vida ‘natural’ tem levado à utilização crescente de outras formas de terapia, inclusive em países desenvolvidos (ARGENTA et al., 2011). Para Alvim et al. (2006), as transformações sociais, éticas, políticas e econômicas que influenciam diretamente na saúde das pessoas e nos modelos de cuidar, contribuem para o crescimento e o uso terapêutico de plantas medicinais no cuidado com a saúde. Esse tipo de tratamento, antes situado à margem das instituições de saúde, hoje ultrapassa essas barreiras tentando legitimar-se. Assim, podemos constatar que,

Plantas utilizadas popularmente há mil anos como remédio, começam agora a ser estudadas, [...] a euforia da população em relação aos medicamentos feitos com plantas medicinais tem sido tão grande, que, em alguns casos, é muito significativo, principalmente, tendo em vista resultados mais satisfatórios no tratamento de certas doenças. (PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005. p. 34).

Desta maneira, as plantas medicinais e seus derivados são utilizados em diferentes contextos como formas de tratamento, tanto pelo conhecimento popular, como pelo conhecimento científico, que durante muitas décadas foi muito resistente ao uso destas plantas, como formas de tratamento terapêutico. Nos dias atuais, ainda há conflito entre essas formas de conhecimento, mas também tem havido em várias ocasiões, uma busca de diálogo entre ambos, isto é, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, sendo este apontado como essencial para o aprimoramento destes saberes. No entanto,

Sabe-se que a dificuldade do diálogo vem da desnecessária comparação entre as duas formas de conhecimento. Para estabelecer sua importância, nos seus primórdios, a ciência moderna desqualificou outros modos de pensamento, considerando-os inferiores e, portanto, menos válidos; mas, na comunidade científica, cresce o número dos que já reconhecem a complementaridade e relevância de outros saberes. O saber científico não é melhor nem pior do que o tradicional, eles complementam-se. Juntos podem fazer a diferença entre um entendimento parcial ou distorcido e uma compreensão sistêmica, integral e holística da biodiversidade, suas relações e significados para a existência humana e a sustentabilidade da vida. (SILVA, J.P., 2009, p. 140).

Essa relação entre diferentes conhecimentos muitas vezes torna-se bastante complexa, pois a articulação de conhecimentos oriundos de bases epistemológicas diferentes não é algo fácil, ainda que às vezes pareça demasiadamente óbvia. É preciso caracterizar a

diferença entre o conhecimento letrado, que se apresenta como atividade científica, obtido geralmente por experimento e divulgado em um texto, e o conhecimento cotidiano, produto tanto da acumulação pessoal como do acúmulo das sucessivas gerações, sendo que sua circulação depende diretamente da memória e da sabedoria (GOMES, 2009).

Tais saberes e técnicas são utilizados por pessoas simples, que as veem com um valor inestimável, pois como afirma Bosi (1986, p. 13) “quando desejamos compreender a cultura das classes pobres percebemos que ela está ligada a sua existência e sobrevivência”. Ainda segundo Bosi (1986, p. 19) “se existem duas culturas, a erudita terá que aprender muito da popular”.

Segundo Ringer (2000) em *O Declínio dos Mandarins*, na Alemanha do século XVII surge uma classe social saída das universidades, portadores de certificados que comprovam a posição do portador como homem de intelecto, são os diplomados, também denominados ‘instruídos’. Por outro lado, aqueles que não tinham acesso às universidades, mesmo sendo nobre, mas sem diplomação, eram os ‘não instruídos’, fato este que se faz presente desde os primórdios da sociedade, gerando uma dupla raiz social. De um lado os donos do capital, do conhecimento adquirido por meio das gerações, mas sem instrução e do outro os indivíduos com instrução. Em uma sociedade onde as oportunidades são limitadas, a educação formal proporcionava alguma segurança para ascender socialmente, se não fosse nobre, tinha que adquirir o máximo de instrução que se pudesse arcar.

Essa descrição de Ringer (2000), apesar de retratar a Alemanha do século XVII, se faz presente nos dias atuais, onde podemos utilizar os termos ‘instruídos’ e ‘não instruídos’, no que tange as práticas de medicina. Para fins desta pesquisa, os ‘não instruídos’ serão os praticantes da Medicina Popular, pois, segundo Oliveira (1985), por se tratar de uma ciência aprendida no convívio do cotidiano e praticada por pessoas que não passaram pelas universidades, sujeitos subalternos, pessoas humildes do povo, a Medicina Popular carrega consigo uma definição singular, onde os mesmos criam um modo próprio de produzir curas e tornar vivas as relações entre as pessoas. Enquanto, os ‘instruídos’ são profissionais que obtiveram sua titulação por meio dos bancos acadêmicos, uma formação pautada em registros, experimentos e na certificação científica.

Diante destes diferentes enfoques de saberes, podemos constatar que cada qual, possui sua legitimidade diante da perspectiva de quem o exerce, e de quem o procura, tanto na Medicina Popular como na Medicina Tradicional, resultando em uma possibilidade de diálogo aberto e em construção. Ainda que a Medicina Popular não possua uma comprovação científica os praticantes desta, detêm todo conhecimento, adquirido geralmente por meio das

gerações, sendo que, na maioria das vezes, essa transmissão acontece pela prática da oralidade, isto é, sem registro escrito, sem certificação.

Temos assistido nos dias atuais a uma reformulação, onde valores naturais e ecológicos retornam com grande força, na determinação de novos preceitos, em todas as áreas do conhecimento científico e da vida prática (ARGENTA et al., 2011). Deparamo-nos com a procura por tratamentos e ou medicamentos considerados alternativos, medicamentos estes fornecidos por praticantes da Medicina Popular como os famosos chazinhos, garrafadas, unguentos, entre outros; ou por profissionais adeptos da Medicina Tradicional, onde se observa um aumento progressivo de profissionais que utilizam produtos a base de plantas. Tomando como empréstimo as palavras de Simões et. al. (1995, p. 09) ao afirmar que

A pesquisa acadêmica trouxe novos conhecimentos sobre as plantas e suas propriedades terapêuticas. Ela pode ser entendida como uma atividade sistemática de investigação com registro detalhado dos dados, de maneira a permitir a sua verificação, comparação ou reprodução. Não se pretende com isto qualificar o conhecimento popular, apontado no uso das plantas, como não verdadeiro ou não científico.

Conforme o pensamento de Le Goff (2003), já abordado anteriormente, sabe-se que os conflitos entre gerações, que opõem o moderno ao antigo, existem desde tempos mais remotos na história. Porém, o que se observa atualmente, é que ocorre uma transformação radical das relações que envolvem o passado e o presente, quando se observa que o antigo ao passar por uma releitura passa a ser concebido como tradicional e o moderno entendido como o novo. Obviamente, cabe destacar que o moderno nem sempre significa progresso ou algo superior, por exemplo, aos costumes que são repassados ao longo de gerações. Como afirma Menezes (2004), em função dos anseios sociais dos pilares desta dicotomia, tanto pode ser o tradicional uma invenção do moderno, como o moderno uma criação do tradicional.

Essas dicotomias surgem nas práticas de medicina, onde passado e presente, tradicional e moderno ao mesmo tempo em que parecem interagir, traçando uma possibilidade de complementação, também trazem suas diferenças, gerando inseguranças. Essas inseguranças estão atreladas aos cuidados dispensados à saúde, principalmente, porque os lugares para cuidar da saúde, como os hospitais, os postos de saúde não são mais os mesmos, ou, segundo Mocellin (2009), são os mesmos espaços, mas diferentes lugares.

#### 4.1.1 Postos de saúde: não lugar e espaços vazios

Estamos em uma sociedade de velocidade e consumo, onde oscilamos entre nostalgia e consumo bulímico da atualidade (AUGÉ, 2010). Também entre lugares, há o lugar tradicional que é aquele repleto de significado, demarcado pela cultura de seus ocupantes, como podemos constatar nos locais onde há prática da Medicina Popular, que são lugares repletos de significação. No entanto, há lugares onde essa significação não se faz tão clara, e nesse sentido podemos destacar os locais onde se cuida da saúde por meio da Medicina Moderna como, por exemplo, os hospitais, que se caracterizam como um espaço político e administrativo que era apenas o depositário da miséria e da morte próxima, no século XVII. No final do século XVIII, aos poucos, o hospital se articulou para se transformar em um espaço terapêutico, passando a formar médicos e produzir conhecimento (FOUCAULT, 1977).

De acordo com Mocellin (2009), nos lugares tradicionais, como na prática da Medicina Popular, a cultura de seus ocupantes depende da forma como estes encaram o lugar, que é denominado por Augé (2010) de lugar antropológico. Não que os outros lugares tenham menos significados, mas o lugar tradicional é aquele em que o significado surge a partir de seus ocupantes e são eles que o conferem significado através de suas identidades, relações e história.

Entre os demais lugares existentes, os quais diferem dos lugares tradicionais, há os lugares em que os laços ou a capacidade de envolvimento por parte de seus ocupantes não são tão fortalecidos. Estes foram nomeados por Augé (2010) de não-lugar, que são espaços onde não se pode vislumbrar nenhuma relação social, ou seja, lugares, que desencorajam a ideia de ‘estabelecer-se’, conforme afirma Bauman (2001), onde podemos destacar os postos de saúde, hospitais e clínicas. São espaços públicos de rápida circulação, onde se apresenta um mundo provisório e efêmero, sendo que esses lugares, produtos da contemporaneidade, opõem-se a noção de lugar antropológico (AUGÉ, 2010), pois não exigem uma identidade, grau de relação com o outro e historicidade. Segundo Foucault (1977, p. 17) “o hospital, como a civilização, é um lugar artificial em que a doença, transplantada, corre o risco de perder, seu aspecto essencial”.

Esses espaços são os mesmos, seguem um mesmo traçado, um mesmo planejamento, em todas as localidades e são lugares de passagem, planejados aos visitantes, como os aeroportos, autoestrada, hospitais e quarto de hotel. Nestes lugares, todos são iguais,

e todos são indiferentes aos outros. Jamais na história do mundo esses lugares ocuparam tanto espaço (BAUMAN, 2001).

Quaisquer que sejam suas outras diferenças deverão seguir os mesmos padrões de conduta: e as pistas que disparam o padrão uniforme de conduta devem ser legíveis por todos eles, independente das línguas que preferam ou que costumem utilizar em seus afazeres diários. O que quer que aconteça nesses “não-lugares”, todos devem *sentir-se* como se estivessem em casa, mas ninguém deve se *comportar* como se verdadeiramente em casa. (BAUMAN, 2001, p.119 e 120, aspas no original e grifos do autor).

Segundo Bauman (2001), os não-lugares tendem a simplificar as diferenças, pois não requerem domínio da sofisticada e difícil arte da civilidade e desta maneira acabam reduzindo as ocasiões de aprendizado, onde estas podem ser expelidas, engolidas, mantidas a parte, dependendo do lugar. Mas, estas diferenças também podem se tornar invisíveis, ou impelidas de serem percebidas. Esse é o caso dos lugares vazios. Os lugares vazios são antes de qualquer coisa, vazios de significado, pois o vazio do lugar está no olho de quem vê nas pernas ou rodas de quem anda (BAUMAN, 2001).

Ainda, segundo Bauman (2001), podemos observar que do mesmo modo que o momento atual permite o surgimento desses novos lugares, ele não invalida a existência de outros, pois diante da flexibilização do tempo e do espaço, novos lugares continuaram a aparecer, juntamente com suas novas significações, relações e associações. Como exemplo, de um novo lugar podemos citar a prática da Medicina Tradicional, pois por meio desta prática envolvemos os conhecimentos acadêmicos e populares, onde se busca cuidar da saúde de maneira mais humanizada, mais individualizada, com novas significações.

## 4.2 RELAÇÕES E CONEXÕES ENTRE A PRÁTICA POPULAR E O SISTEMA DE SAÚDE

A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos preferam usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. (SONTAG, 1984, p. 04).

### 4.2.1 Concepções de saúde e doença

A história das representações de saúde e doença desde os tempos mais longínquos sempre foi marcada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e o que o rodeia. Elementos naturais e sobrenaturais também habitaram estas representações, provocando os

sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte (SEVALHO, 1993).

A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Essas alterações nos conceitos de saúde e consequentemente de doença, sempre estiveram ligadas ao contexto social. Como afirma Scliar,

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. (SCLIAR, p. 30, 2007).

Portanto, a cada momento histórico os significados dos conceitos de saúde são moldados, adquirindo novos sentidos. O desejo de fuga de escravos era considerado enfermidade mental, onde o tratamento recomendado era o açoite. A tuberculose, que já foi considerada glamourosa, acometendo os poetas, os talentosos e os hipersensíveis na primeira metade do século XIX, ganhou nova perspectiva quando atingiu os trabalhadores urbanos, tornando-se uma ameaça social na primeira metade do século XX (SCLIAR, 2007; BARATA, 2006).

El virus de la peste negra fue la causa de la despoblación de Europa, pero la epidemia sólo se propagó tan rápidamente por ciertas condiciones sociales —es decir, en su naturaleza profunda, mentales— y sus efectos morales se explican únicamente por las predisposiciones particulares de la sensibilidad colectiva. (BLOCH, p. 149, 1982).

As primeiras representações de saúde e doença foram mágicas. Entre os povos sem escrita, a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano não iniciado, pouco ou nada podia fazer. Também no contexto das representações mágicas, os antigos povos da Mesopotâmia - sumérios, assírios, babilônios, acreditavam que os demônios se apossavam dos corpos, provocando as doenças e deviam ser exorcizados. Em uma concepção seguinte, a doença participava das crenças religiosas, era obra dos deuses. Inicialmente era fruto do humor

divino, independente do comportamento humano, trazendo a doença como consequência da fatalidade ou a doença como maldição (SEVALHO, 1993).

Certos aspectos de caráter religioso, maldições ou castigos divinos, ainda hoje revestem as representações de saúde e doença. O medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais. Estes aspectos resistem entre crenças ainda existentes que cultuam a pureza como uma ligação rigorosa e permanente ao primitivo e um isolamento dos costumes atuais, ou mesclados na cultura geral de nosso tempo. A sífilis, com seu caráter venéreo, na primeira metade do século XX, e a presente epidemia de AIDS, inicialmente entre homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas, trouxeram à tona uma série de preconceitos morais. (SEVALHO, p. 352, 1993).

A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações. Albuquerque e Oliveira (2002) consideram quatro grandes períodos para descrever a evolução dos conceitos de saúde e de doença ao longo do percurso histórico da humanidade: o período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a desenvolver-se no século XIX; e finalmente, a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970.

No pré-cartesiano, destaca-se pela atuação de Hipócrates, médico grego, considerado nos dias atuais como o pai da medicina. Hipócrates defendeu que as doenças não são causadas por demônios ou deuses, mas por causas naturais. Propondo procedimentos terapêuticos com base racional, com ele a medicina afastou do misticismo e do endeuamento passando a observação e a dedução. Mas, Hipócrates considerava que o bem-estar da pessoa estava sob a influência do seu ambiente, isto é, o ar, a água, os locais que frequentava e a alimentação. Ressaltando ainda, a importância da relação do médico com o paciente e as consequências sobre o bem-estar do paciente, pois para Hipócrates mesmo que alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde fosse precário, estes poderiam se recuperar por causa de seu contentamento para com o modo como eram tratados com humanidade pelo médico (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA 2002). Ainda segundo estes autores,

Talvez pela primeira vez na história da medicina e com Hipócrates se tenha chamado a atenção para a importância da qualidade da relação entre o médico e o paciente no processo de cura. A prática médica de então implicava a compreensão da natureza do ecossistema: o próprio médico era mais do que um técnico, era também filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação doente-saúde. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, p. 04, 2002).



O modelo biomédico surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina, criando uma visão mecanicista e reducionista. Esta concepção do mundo como máquina, isto é, um conjunto de peças que como tal, pode ser desmontado e consertado foi aplicado nos seres vivos, entre estes o homem, onde o corpo humano sendo formado por um conjunto de órgãos poderia ser estudado separadamente. Para Scliar (2007, p. 34), no famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), seria o “silêncio dos órgãos” e a doença como "a sua revolta" (SONTAG, 1984, p.29). Até então, os médicos perguntavam ao doente o que estava errado com ele; agora, passam a perguntar onde dói. Sobre esse aspecto Foucault comenta,

[...] o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo esta massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. E a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrara em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica. É a idade de Bichat. (FOUCAULT, 1977, p.139).

Nesta perspectiva, Descartes concebeu também o corpo humano como uma máquina, comparando um homem doente a um relógio avariado e um saudável a um relógio com bom funcionamento. O modelo biomédico tradicional baseia-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes, onde para curar a doença, nesta perspectiva, basta reparar a máquina (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Essa visão cartesiana é reforçada com o início da revolução industrial nos finais do século XVIII trazendo graves consequências para a saúde. Com as mudanças no sistema de produção, houve o aumento da migração e aglomeração da população nas cidades, que se deu em precárias condições de moradia e sanidade, facilitando a proliferação de micro-organismos, como as bactérias, causadoras de grandes epidemias. Entre essas epidemias podemos destacar a tuberculose, como uma das doenças mais conhecida e mais temida neste período.

Época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; O mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas. O “golpe de vista” precisa apenas exercer sobre a verdade, que ele descobre no lugar onde ela se encontra um poder que, de pleno direito, ele detém. (FOUCAULT, 1977, p. 02, aspas no original).

Diante das graves alterações na saúde da população e o surgimento de novas doenças, o modelo biomédico conduziu diversas medidas de saúde pública, como o controle aos agentes patogênicos, através da construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável dentre outras medidas que levassem a destruição dos agentes patogênicos e finalmente, no século XX, a produção de vacinas. Além dessas medidas, havia a medicina curativa que, a partir de meados do século XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses micro-organismos. Como ressalta Scliar (2007, p. 34), “era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas”. Mas apesar do grande sucesso,

[...] o modelo biomédico negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde. É o caso, por exemplo, das avaliações subjetivas sobre os sintomas, das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico. [...] onde a saúde é concebida como sendo a ausência de doença. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, p. 07, 2002).

Como o modelo biomédico buscava tratar a doença, no seu aspecto físico, negligenciando as representações que as pessoas fazem sobre seu estado de saúde, surge então em meados do século XX, uma nova epidemia, o que Albuquerque e Oliveira (2002), denominam de epidemia comportamental, originando assim, a segunda revolução da saúde. Centrada numa nova concepção, em novos princípios, pois as novas epidemias não se originavam apenas de organismos patogênicos, a teoria do germe deixou de ser aplicável. Como afirma Foucault (1977, p. 17) “quanto mais complexo se torna o espaço social em que está situada, mais ela se *desnaturaliza*. Antes da civilização, os povos só tinham as doenças mais simples e mais necessárias”.

Enquanto, a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção da doença, segundo Foucault (1977), desde a abertura dos corpos, no nascimento da clínica, foi reforçada a compreensão de que a doença atingia uma intimidade cada vez mais inacessível no espaço interno do corpo humano. Diante disso, a segunda revolução da saúde se centra na saúde, salientando dois conceitos centrais, específicos e inovadores: ‘promoção da saúde’ e ‘estilo de vida’ (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Se por um lado, temos o conceito de saúde, onde segundo a OMS, é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade; por

outro, segundo Foucault (1977, p. 135), “a doença, como nome, é privada de ser, mas como palavra, é dotada de uma configuração”. Susan Sontag em sua obra *A doença como Metáfora*, ressalta que:

A noção de que uma enfermidade só pode ser explicada por uma variedade de causas é precisamente característica da maneira de avaliar as doenças cuja causa *não* é compreendida. E são as doenças das quais se acredita terem múltiplas causas (isto é, as doenças misteriosas) que reúnem as maiores possibilidades de serem usadas como metáforas para o que se considera social ou moralmente errado. (SONTAG, 1984, p. 40).

A mesma autora destaca que uma das principais metáforas associadas às patologias é a da peste, pois esta retrata as doenças coletivas como forma de castigo divino a uma comunidade pecadora. Há também uma relação da doença com a energia, pois as energias como as economias, podem ser exauridas, esgotadas, esbanjadas, então, o corpo começará a ‘consumir-se’ e o paciente ‘definhará’. A linguagem usada para descrever o câncer evoca uma catástrofe econômica diferente, ou seja, um crescimento desregulado, anormal e incoerente. Outra metáfora presente é a do estrangeirismo, que concede ao outro a origem da doença, alimentando a discriminação, onde muitas vezes as doenças têm seus nomes atrelados ao local de origem como: gripe espanhola, cólera asiática, entre outras (SONTAG, 1984).

Sontag também enfatiza que as metáforas referentes às ideias de controle e comando, são oriundas da linguagem militar e teriam ganhado força a partir da Primeira Guerra Mundial, pois, os médicos e pacientes estavam familiarizados com termos como ‘células invasoras’, ‘defesas do corpo’, etc. Essa metáfora é até hoje bastante presente nos meios de comunicação para explicar os mecanismos de ação de um agente patogênico no corpo humano. O tratamento também tem um sabor militar, quando na radioterapia os pacientes são ‘bombardeados’ com raios tóxicos (SONTAG, 1984).

Diante disso, constatamos que na história das doenças:

Nenhuma enfermidade tem sua lógica característica. As imagens que se fazem da doença são usadas para exprimir preocupação com a ordem social, e a saúde é algo de que presumivelmente todos têm conhecimento. Tais metáforas não projetam a moderna ideia de uma doença específica dominante, na qual o que está em questão é a própria. (SONTAG, 1984, p. 46).

Diante de todas essas discussões, pode-se salientar que, as doenças podem representar um desequilíbrio social e nesta condição as sociedades procuram identificar suas origens. Durante a década de 60, houve um amplo debate realizado em várias partes do

mundo, enfatizando a importância econômica e social da saúde, propondo superar apenas o controle da enfermidade. Esse debate culminou na estruturação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde. Tal proposta alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, que vem se enriquecendo com uma série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema. Porém,

O conceito de cuidados primários de saúde tem conotações. É uma proposta racionalizadora, mas é também uma proposta política; em vez da tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações, propõe tecnologia simplificada, “de fundo de quintal”. No lugar de grandes hospitais, ambulatórios; de especialistas, generalistas; de um grande arsenal terapêutico, uma lista básica de medicamentos - enfim, em vez da “mística do consumo”, uma ideologia da utilidade social. (SCLAR, 2007, p. 39, aspas no original).

Essas concepções de doença foram traçadas durante esse período pelos representantes da Medicina Moderna/Alopática, convivendo com as práticas de Medicina Popular e tentando impor seu saber como o único capaz de explicar a cura das enfermidades. Entretanto, apesar dos esforços da Medicina Moderna, seus representantes não conseguiram proibir a atuação dos praticantes da Medicina Popular, e mesmo considerando seus praticantes como ignorantes, em determinados momentos na história das doenças, como nas epidemias de cólera, lepra, por estas serem desconhecidas a Medicina Moderna, necessitou dialogar com a Medicina Popular. Portanto, mesmo que houvesse divergências entre ambas, havia também a necessidade de diálogo.

Segundo Oliveira (1985, p. 12), “esta visão preconceituosa, onde a Medicina Popular é uma prática realizada por ignorantes, nega qualquer contribuição desta população para a construção de novas formas de pensar as doenças e possibilidades de curas”. Quando estudada deste modo, não são considerados os conhecimentos as necessidades sociais e as estratégias de cura criadas pelo povo.

Portanto, não se pode tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com os instrumentos anátomo-fisiológicos da Medicina Moderna, isso configura uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada. É necessário considerar as visões de mundo dos vários segmentos da sociedade, bem como suas crenças e cultura, pois nenhum ser humano deve ser observado apenas considerando o seu aspecto biológico, mas sim, em seu contexto social, pois a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social (MINAYO, 1991).

Segundo Bauman (2001, p. 90), “a sociedade pós-moderna envolve seus membros primariamente em sua condição de consumidores, e não de produtores”. Para este autor essa diferença é fundamental, pois enquanto o produtor tem uma vida normativamente regulada, pautada no mínimo do que precisa para se manter em um nível de equilíbrio, a vida do consumidor, é orientada pela sedução, por desejos cada vez mais crescentes, pela volatilidade, sem regulação normativa. Se a sociedade dos produtores coloca a saúde como objetivo, a sociedade dos consumidores tem seu ideal na aptidão. Pois, a saúde demarca os limites entre norma e anormalidade, é o estado desejável do corpo e espírito, um estado que aparentemente pode ser descrito e medido. O estado de aptidão é tudo menos sólido, não pode ser fixado, seu teste fica sempre no futuro. Estar apto significa ter um corpo flexível, absorvente e ajustável, pronto para viver sensações novas. Onde, a própria busca pela saúde, tornou-se um fato doentio (BAUMAN, 2001).

O fato é que saúde e doença não são valores ou situações entre os quais se possam traçar uma linha divisória, também não são conceitos estáticos, pois a concepção de saúde e doença permeiam as relações humanas, onde os padrões e os diferentes conceitos de saúde são construções sociais e históricas ditadas pelo momento. Como afirma Bauman (2001, p. 93) “o cuidado com a saúde torna-se uma guerra permanente contra a doença”.

Atualmente percebemos uma sociedade cada vez mais preocupada com sua saúde e bem-estar. As contribuições que o uso de plantas medicinais podem trazer nesse sentido, são cada vez mais consideradas e valorizadas. É importante buscar a reflexão e o entendimento de que ambos os conhecimentos, o popular e o científico, com relação ao uso das plantas medicinais são complementares e não excludentes. Não somente os conhecimentos práticos, mas, sobretudo a forma como as pessoas que trabalham com o uso de plantas medicinais tratam seus “pacientes”, bem como, as relações que se estabelecem nesses processos, são importantes aspectos que podem contribuir para a humanização da saúde. Conforme pode se observar, a Medicina Moderna padece de uma visão eminentemente mecanicista da saúde e, nesse sentido a Medicina Popular tem muito a contribuir para a promoção de uma visão mais holística, integral e, portanto, mais humana nos cuidados com a saúde.

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Este capítulo apresenta os aspectos metodológicos do estudo, a análise e interpretação dos resultados obtidos na pesquisa, a discussão dos resultados e as reflexões oriundas do processo de elaboração da tese. Levando em conta o referencial adotado, destaca-se a relação de memória, identidade e cultura com as práticas do uso de plantas medicinais na Medicina Popular e na Medicina Tradicional, discutindo-se as possibilidades de diálogos entre estes saberes.

### 5.1 O PONTO DE PARTIDA: ORGANIZANDO OS PASSOS DA PESQUISA

#### 5.1.1 A utilização da história oral na coleta de dados

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa com sujeitos que fazem uso ou indicam plantas com fins medicinais, a oralidade apresenta-se como uma característica marcante. Desta forma, constatamos que os conceitos e referências sobre história oral contribuiriam com o estudo, pois ressaltam a possibilidade de se captar a experiência dos sujeitos e de evidenciar suas tradições, mitos, narrativas, crenças e lendas (QUEIROZ, 1987).

História oral, como explica Queiroz (1987), é um termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar, buscando-se uma convergência de relatos sobre um mesmo acontecimento ou sobre um período de tempo de um só indivíduo ou de uma coletividade.

Para Meihy (2000, p. 25), “é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva”, atestando sua capacidade de manter algo em estado atual. Além disso,

A história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação. [...] Propicia o contato – é, pois a compreensão - entre classes sociais e gerações. [...] Em suma, contribui para seres humanos mais completos. (THOMPSON, 1992, p. 44).

Meihy (2000, p. 08) diz que “o movimento da história oral é dinâmico, contínuo e universal”. Assim, podemos considerar que “a evidência oral, transformando os ‘objetos’ de estudo em ‘sujeitos’, contribui para uma história, que não é só mais rica, mais viva e comovente, mas também *mais verdadeira*” (THOMPSON, 1992, p. 137, grifos do autor).

Para Queiroz (1987), o relato oral está na base da obtenção de toda informação, antecedendo outras técnicas de obtenção e conservação do saber. Por sua vez, a palavra é se não a primeira, uma das mais antigas técnicas utilizadas neste tipo de relato. A transmissão de saberes por meio da oralidade tanto pode fazer referência ao passado mais longínquo, trazendo as histórias dos antepassados, quanto ao tempo presente, revelando as experiências cotidianas em comunicações próximas no tempo. Ainda segundo a autora,

O relato oral constituirá sempre a maior fonte humana de conservação e difusão do saber, o que equivale a dizer, fora maior fonte de dados para as ciências em geral. Em todas as épocas, a educação humana (ao mesmo tempo formação de hábitos e transmissão de conhecimentos, ambos muito interligados) se baseara na narrativa, que encerra uma primeira transposição: a da experiência indizível que se procura traduzir em vocábulos. (QUEIROZ, 1987, p. 03).

A difusão da moderna história oral, como atividade organizada, surgiu no ano de 1948, na Universidade de Columbia, quando o professor Allan Neves organizou a *Oral History Research Office*, para desenvolver os primeiros projetos em história oral em nível acadêmico. Assim, oficializou-se o termo que, posteriormente, nos anos de 1950, viria a ser utilizado por sociólogos como W. I. Thomas (1863-1947) e F. Znaniecki (1882-1958) e por antropólogos, como Franz Vilas Boas (1858-1942). (CORRÊA, 1978; QUEIROZ, 1987; THOMPSON 1992; MEIHY 2000).

Mais adiante, nos anos de 1960, a história oral difundiu-se no plano internacional motivada pela contracultura e combinada com os avanços tecnológicos, centros de pesquisas e institutos, consolidando assim esse campo (MEIHY, 2000). Nesse processo de expansão, a história oral passou a ser utilizada por muitos estudiosos, particularmente sociólogos e antropólogos que não se consideraram historiadores orais (THOMPSON, 1992).

No Brasil, alguns fatores como a ausência de laços universitários com os acontecimentos locais e a cultura popular, a conseqüente falta de tradições institucionais não acadêmicas em desenvolver projetos com registros de histórias locais, por meio da oralidade, ainda influenciados pela forte tradição da cultura formal e escrita, fizeram com que a história oral tardasse a se desenvolver (MEIHY, 2000). Uma das primeiras experiências neste sentido ocorreu oficialmente no ano de 1971, em São Paulo, durante um evento realizado no Museu da Imagem e do Som (MIS). Outras experiências ocorreram em Londrina (1972) e na Universidade Federal de Santa Catarina com a implantação de um laboratório de história oral, em 1975. Porém, a experiência de maior destaque tem sido a do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), sediado na Fundação Getúlio

Vargas, no Rio de Janeiro. O texto mais conhecido desse período é *Memória e Sociedade: lembranças de velhos* (1979), de Ecléia Bosi, um trabalho solitário, pioneiro e interdisciplinar.

A relevância da história oral é enfatizada por vários autores. Corrêa (1978) diz que esta é uma forma de construir, para o futuro, documentos que registrem memórias de pessoas vivas, impedindo que se percam definitivamente. Queiroz (1987) considera a história oral como sendo a maior fonte humana de conservação e difusão do saber. Thompson (1992) diz que a história oral contribui para formar seres humanos mais completos, quando propicia o contato entre classes sociais e entre gerações e a conquista de dignidade e confiança dos menos privilegiados.

Dado seu perfil multidisciplinar, o que se discute ainda hoje é se a história oral é uma técnica, um método ou uma ferramenta. Como ferramenta, a história oral equivale a simples depoimento; como técnica, as entrevistas não se compõem como objeto central, mas como um recurso a mais; como método, a história oral é a atenção dos estudos e sobre os quais os resultados serão efetivados (MEIHY, 2000).

Nesse sentido, a utilização da história oral como método de pesquisa tem o objetivo de identificar fragmentos do conhecimento popular que não se perderam, permanecendo na memória através das gerações. Para Le Goff (2003), é através da memória que reevocamos as coisas passadas, abraçamos as presentes e contemplamos as futuras com base no que passou. Bosi (1999, p. 03) afirma que “a memória é um cabedal infinito, do qual só registramos um fragmento”.

Conforme ressalta Thompson (1992, p. 195),

[...] todas as fontes históricas estão impregnadas de subjetividade desde o início, a presença viva das vozes subjetivas do passado também nos limitam em nossas interpretações e nos permitem, na verdade obrigam-nos, a testá-las em confronto com a opinião daqueles que sempre, de maneira fundamental, saberão mais do que nós.

Diante disso, a escolha da história oral como metodologia para este estudo foi feita com a intenção de coletar relatos pertinentes às histórias de vida das pessoas que cultivam, produzem e fazem uso de plantas para fins medicinais, tenham elas formação acadêmica ou não.



### 5.1.2 Os sujeitos e o campo da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida junto a 02 grupos, sendo um formado por pessoas sem formação acadêmica, representantes da Medicina Popular e o outro constituído por profissionais com formação acadêmica na área da saúde, representantes da Medicina Tradicional. Para a escolha destes participantes foram realizados contatos, por meio de visitas e conversas com pessoas envolvidas em projetos que utilizassem plantas medicinais, como as pastorais da saúde e órgãos governamentais como a EPAGRI, contato com membros da Associação Catarinense de Plantas Medicinais (ACPM)<sup>21</sup>, entre outros. Durante essa busca por pessoas que realizassem atividades com plantas medicinais e que possuíssem conhecimento no uso das mesmas, alguns nomes foram sendo mencionados e indicados como referências nesta prática. Portanto, a escolha pelas pessoas que fazem parte desta investigação aconteceu de maneira espontânea e natural ao longo da pesquisa, pois no momento que o primeiro contato foi estabelecido, este nos levou aos próximos contatos e assim sucessivamente.

O grupo 01 foi constituído por representantes da Medicina Popular, sendo formado por 03 senhoras ervateiras, residentes nos municípios catarinenses de Sombrio, Praia Grande e Jacinto Machado, todos próximos geograficamente e localizados ao sul do Estado. Este grupo caracteriza-se por sujeitos de pesquisa que adquiriram seus conhecimentos por meio da transmissão de saberes de geração em geração, geralmente pela oralidade, isto é, sem registros escritos. Todas as entrevistadas revelaram possuir conhecimentos acerca do uso de plantas com fins medicinais.

O grupo 02 foi constituído por representantes da Medicina Tradicional, sendo formado por 03 profissionais com formação acadêmica, sendo que, destes, 02 possuem formação em Farmácia e são residentes no município de Florianópolis/SC e 01 possui formação em Enfermagem e reside no município de Jacinto Machado/SC. Este grupo caracteriza-se por ter um conhecimento pautado em registros, em experimentos e no rigor dos procedimentos científicos, adquiridos e transmitidos por meio da escrita, mas que em suas atividades profissionais, também são adeptos do uso de plantas medicinais.

---

<sup>21</sup> Associação Catarinense de Plantas Medicinais, criada informalmente em setembro de 1998 durante a I Jornada Catarinense de Plantas Medicinais, na UNISUL-Tubarão/SC. Foi fundada oficialmente em setembro de 1999 durante a II Jornada Catarinense de Plantas Medicinais, na UNESC – Criciúma/SC. Caracteriza-se como uma entidade constituída como sociedade civil de caráter científico-profissional, humanitário e social tendo como objetivo promover a integração de setores e saberes na área de Plantas medicinais em SC (BATISTA, 2015).

Na metodologia desta pesquisa, os sujeitos destes grupos foram nominados da seguinte maneira: AP; BP; CP são os sujeitos do grupo da Medicina Popular, sem formação acadêmica, considerados não instruídos; AT; BT;CT, os sujeitos do grupo da Medicina Tradicional, com formação acadêmica, considerados instruídos.

### 5.1.3 Técnicas e Instrumentos de pesquisa

Optamos em fazer uma pesquisa qualitativa, com dados coletados por meio das técnicas de entrevista, conversas informais e observação assistemática<sup>22</sup>, além de busca bibliográfica para compor estudos teóricos. Assim, como instrumentos de coleta de dados foram utilizados os roteiros de entrevistas estruturadas e semiestruturadas (Apêndices A e B); a gravação de entrevistas e conversas; o diário de campo<sup>23</sup> e os registros de imagens.

Os roteiros das entrevistas com questões norteadoras previamente elaboradas, como: dados gerais do participante, origem do conhecimento sobre fitoterapia, tempo de atuação, critérios de indicação e comercialização, serviram como recurso metodológico gerando entrevistas estruturadas e semiestruturadas. Com a entrevista estruturada, “aquela com questões previamente formuladas” (RAUEN, 2006, p.85), buscou-se uma sucinta caracterização do perfil do entrevistado.

As entrevistas semiestruturadas são instrumentos de coleta de dados que permitem ao pesquisador certa flexibilidade, conforme o andamento da entrevista, visando orientar o diálogo em torno das questões a serem investigadas, selecionando-se os aspectos mais relevantes do problema de pesquisa. Tal situação, apesar de parecer facilitadora, exige maior domínio e distanciamento do pesquisador de seu objeto de estudo, sendo necessário que o pesquisador esteja despojado das categorias culturais que o acompanham para uma melhor compreensão da cultura que observa, pois sempre haverá modelos culturais permeando as análises (RAUEN, 1999).

Portanto, nas entrevistas semiestruturadas, as questões norteadoras serviram apenas como fio condutor, pois neste momento prevaleceu a liberdade para que os entrevistados conduzissem suas falas, ou até mesmo seu silêncio, pois este silêncio era capaz de fazer emergir suas memórias, de onde surgiram narrativas que fizeram aflorar, no decorrer

---

<sup>22</sup> Observação assistemática ou ocasional ocorre quando os fatos precisam ser observados na forma como se dão naturalmente ou socialmente (RAUEN, 1999, p. 107).

<sup>23</sup> Diário de campo, que nada mais é do que um caderninho, uma caderneta, ou u, arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as informações que não fazem parte do material de entrevistas em varias modalidades. (MINAYO et al., 2010, p. 71).

da conversa, muitos elementos, relativos à identidade, à memória e à cultura destes sujeitos na sua prática com plantas para fins medicinais.

#### 5.1.4 Delineamentos da pesquisa

Definidos os elementos estruturais da pesquisa, ou seja, o método, o campo, os sujeitos, e as técnicas e instrumentos de coleta dos dados, foi possível traçar a conduta metodológica a ser seguida no decorrer do estudo, classificado como sendo de natureza qualitativa e do tipo exploratório e descritivo, com dados coletados a campo, por meio de observações, entrevistas e outros registros.

O primeiro aspecto deste delineamento diz respeito ao recorte feito para a execução do estudo, a fim de apontar o caminho seguido para a busca de dados. Este roteiro foi traçado a partir das definições da OMS (2002), com relação às práticas de Medicina que mais se destacam no cenário atual e compreende duas vertentes: a Medicina Moderna, Padrão ou Alopática e a Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa.

A Medicina Moderna, Padrão ou Alopática é aquela pautada na prática baseada nas evidências determinadas pelo uso de método científico, buscando o melhor tratamento através de técnicas e pesquisas científicas. Já a Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa apresenta práticas pautadas nas necessidades de cada pessoa, priorizando, além dos sintomas físicos, os aspectos sociais e psicológicos, no momento de diagnosticar a doença. Refere-se a várias formas de Medicina, como a chinesa<sup>24</sup>, ayurveda<sup>25</sup> e unani<sup>26</sup>, e às diversas formas de medicina indígena. Suas práticas incluem terapias com medicação, quando envolvem o uso de medicamentos a base de ervas, partes de animais e/ou minerais, e terapias sem medicação como a acupuntura, técnicas manuais e terapias espirituais. Nossa pesquisa abordará a Medicina Tradicional que faz uso de plantas medicinais, como afirmam Rodrigues e Amaral (2012), os produtos oriundos de plantas medicinais são os mais largamente

---

<sup>24</sup> A Medicina Tradicional Chinesa é um sistema médico desenvolvido e praticado na China há centenas de anos.

<sup>25</sup> A Medicina Ayurvedica afirma que tudo no universo é formado pelos cinco elementos básicos da natureza, chamados panchamaha-bhutas, inclusive o corpo físico, são eles: espaço ou éter, ar, fogo, água e terra. O objetivo desta ciência é estudar as influências destes elementos na natureza e no ser humano, dentro desta filosofia o Homem é um microcosmo do universo, o macrocosmo (<http://www.ayurveda.com.br/>)

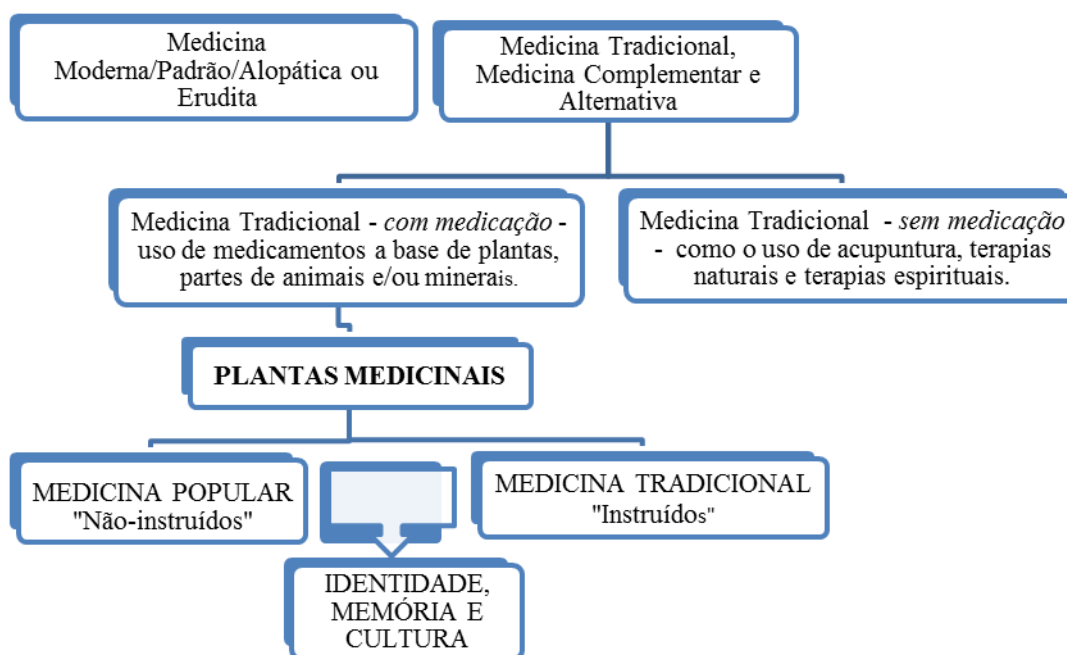
<sup>26</sup> Medicina Unani para a saúde é o estado natural, que se manifestou por Hipócrates e Avisena. Esta ciência médica tradicional árabe pretende ser científica e racional, mas acredita que a vida em si é derivada de realidades metafísica (<http://www.supernatural.cl/medicina-unani>).

utilizados nas medicinas tradicionais, além dos procedimentos e praticantes, ou seja, os detentores do conhecimento.

Na Medicina Tradicional que faz uso de plantas com fins medicinais, buscamos profissionais com formação acadêmica, os quais serão intitulados *instruídos*, para efeito da pesquisa e usuários da Medicina Popular, sujeitos detentores do conhecimento, mas sem uma formação específica oriunda dos espaços acadêmicos, aqui intitulados *não instruídos*.

O mapa conceitual da figura 1 expressa abaixo apresenta o caminho seguido para a definição deste espaço de pesquisa:

Figura 1 – Mapa conceitual: contextualizando a pesquisa.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2014), com base na OMS (2002).

O segundo aspecto deste delineamento de pesquisa é relativo às etapas de investigação, que resultaram em um trabalho de campo que se estendeu ao longo de 10 meses, ou seja, de julho de 2014 a maio de 2015.

Assim, como primeiro movimento de pesquisa, tratamos de identificar as pessoas que poderiam ser fontes de dados e informações acerca do tema estudado. Para isso, realizamos visitas às pessoas envolvidas com a prática da Medicina Popular, mais especificamente pelo uso de plantas medicinais, bem como, da Medicina Tradicional. Nestas visitas apresentamos os objetivos da pesquisa e fizemos o convite para participar do estudo,

verificando seu interesse e disponibilidade de tempo. Cabe ressaltar que, durante estas conversas iniciais, outros nomes de possíveis sujeitos de pesquisa iam sendo mencionados, definindo assim novos participantes. Essa técnica de identificação dos sujeitos é também conhecida como “Bola de Neve” (BAILEY, 1994), segundo Baldin; Munhoz (2011, p. 332).

Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto.

Cabe salientar que esse universo do trato com plantas para fins medicinais nos levou a estabelecer contato e envolvimento com várias atividades relacionadas ao assunto. Dentre estas destacamos a “Jornada Catarinense de Plantas Medicinais”, realizada em agosto de 2014, no município de Criciúma/SC; cursos de Plantas Comestíveis não Convencionais; encontros com grupos da Pastoral da Saúde, bem como a participação no Projeto Interdisciplinar de Plantas Medicinais que acontece mensalmente na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e envolve a mostra dos conhecimentos acadêmicos e populares sobre as plantas medicinais.

O segundo momento da pesquisa aconteceu a partir da escolha dos sujeitos da pesquisa, quando já tínhamos definidos os grupos a serem pesquisados, com a confirmação do interesse e possibilidade de participação dos sujeitos. Nesta etapa, realizamos uma entrevista estruturada, objetivando coletar dados sobre o perfil do entrevistado. Foram colhidos dados como nome, endereço, idade, estado civil, local de nascimento e escolaridade. Em seguida, utilizando a entrevista semiestruturada, o entrevistado foi convidado a falar sobre sua história de vida com uso e indicação das plantas com fins medicinais. Ao relatar, nossas lembranças são capazes de evidenciar nossas memórias, nossos esquecimentos, e estes “não só nos dizem quem somos, mas também nos permitem projetar rumo ao futuro” (IZQUIERDO, 2002, p. 09). Ainda segundo o autor, buscar a memória das experiências vividas, é uma forma de superar o esquecimento, pois, a maioria das coisas que aprendemos, ao longo de todos os dias de nossa vida, se extingue ou se perde (IZQUIERDO 2002).

Dessa maneira, o convite ao relato, além da busca pelas memórias das experiências vividas, reforça ou retoma a narrativa, visto que, o narrador retira da experiência o que conta, tudo é narrado com exatidão, mas o contexto psicológico não é controlado, é cada vez mais raro encontrar pessoas que saibam narrar corretamente (BENJAMIN, 1994; BOSI, 1999).

O narrador é um mestre do ofício que conhece seu mister: ele tem o dom do conselho. A ele foi dado abranger uma vida inteira. Seu talento de narrar lhe vem da experiência; sua lição, ele extraiu da própria dor; sua dignidade é a de contá-la até o fim, sem medo. Uma atmosfera sagrada circunda o narrador. (BOSI, 1999, p. 49).

No ensaio ‘Experiência e Pobreza’, Walter Benjamin (1994) deixa claro o sentido da tradição como fonte de saber, além de apontar a memória como o modo de transmissão desse saber, ao narrar a parábola<sup>27</sup> do tesouro enterrado em suas vinhas; este relato destaca a experiência, a autoridade da tradição manifestada na velhice e sua transmissão de geração em geração. Esse indivíduo pode se considerar sábio, pois adquiriu essa experiência contida na tradição, como também soube transmiti-la, comunicá-la por meio da narrativa.

O exemplo destacado por Benjamin ao narrar a Parábola do Tesouro Enterrado em suas vinhas é pertinente quando nos reportamos à prática da Medicina Popular, sendo esta uma atividade desenvolvida por pessoas em sua maioria de uma faixa etária acima dos 55 anos.

As entrevistas<sup>28</sup> foram gravadas com a autorização das entrevistadas e transcritas na íntegra, imediatamente após o término. Cada participante desta pesquisa recebeu e aprovou cópia da transcrição de nossa conversa, autorizando a utilização da mesma por meio da assinatura de um termo de consentimento. Para assegurar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por letras do alfabeto.

## 5.2 ACHADOS DE CAMPO

### 5.2.1 As fontes: Caracterização dos sujeitos

O trabalho de campo que realizamos em busca dos dados para este estudo nos colocou em contato com pessoas semelhantes quanto ao gênero e diferentes quanto a cultura e seu espaço social, o que envolve escolaridade e faixa etária. Desta forma, foram entrevistadas somente mulheres, totalizando seis senhoras, com idade superior a 35 anos e inferior a 70 anos. Com relação à idade, observou-se que o grupo das ervateiras praticantes da Medicina

---

<sup>27</sup> Parábola de um velho que no momento da morte revela a seus filhos a existência de um tesouro enterrado em seus vinhedos (BENJAMIN, 1994, p. 115).

<sup>28</sup> Cabe ressaltar que, entre os participantes com formação acadêmica, uma das entrevistas foi realizada via e-mail.

Popular possuía faixa etária mais elevada, embora estas idades não se distanciassem muito daquelas do outro grupo.

Figura 2 – Características dos sujeitos da pesquisa.

Grupos	Variáveis		
	Sexo	Faixa de Idade	Escolaridade
Praticantes da Medicina Popular	100% feminino	57 – 69 anos	100% Ensino Fundamental incompleto
Praticantes da Medicina Tradicional	100% feminino	38 – 52 anos	100% Ensino Superior completo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2015.

Conforme mostra a figura 2, todas as entrevistas foram realizadas com mulheres. Cabe salientar, que mesmo sabendo que esta atividade não é realizada exclusivamente por pessoas do sexo feminino, em nossa pesquisa de campo não encontramos homens que exercessem esta atividade. A predominância do sexo feminino nesta atividade pode estar atrelada “as diferenças de registro da memória feminina, mais atenta aos detalhes do que a masculina, mais voltada para as pequenas manifestações do dia a dia, geralmente são pouco notadas pelo homem” (RAGO, 1998, p. 22) e, portanto, esse aspecto pode ser um indicador do predomínio das mulheres nessa prática, desde os tempos antigos. Priore (2009) chama atenção sobre o poder exercido pelas mulheres nesta atividade desde os tempos mais remoto ao afirmar que,

Desde tempos imemoriais, elas curavam mazelas, e antes do aparecimento de doutores e anatomistas praticavam enfermagem, abortos, davam conselhos sobre enfermagem, eram farmacêuticas, cultivavam ervas medicinais, trocavam fórmulas e faziam partos. Foram por séculos doutores sem títulos (PRIORE, 2009, p. 108).

Esse saber informal, “transmitido de mãe para filha, era necessário para a sobrevivência dos costumes e a tradição feminina” (PRIORE, 2009, p.81). Assim, dotadas da própria curiosidade, as mulheres foram descobrindo que as plantas serviam não só como alimento, mas que poderiam ser grandes aliadas na conquista pela sobrevivência, na organização de seu grupo, na defesa dos mais fracos, na atração, encanto e até mesmo no domínio de seu parceiro, constituindo, assim, uma espécie de poder que poderia se chamar de silencioso.

Já no que se refere à faixa etária das entrevistadas, as praticantes da Medicina Popular possuem idade entre 57 a 69 anos, enquanto que no grupo da Medicina Tradicional

esta faixa etária variou entre 38 a 52 anos. No caso do primeiro grupo, por tratar-se de mulheres com reconhecida atuação no trato com plantas medicinais, compreende-se que a idade mais avançada é um fator que lhes permitiu agregar os conhecimentos necessários adquiridos ao longo dos anos, de geração em geração ou constituídos no decorrer de sua existência. Quanto ao segundo grupo, a faixa etária menor pode ser compreendida por tratar-se de um conhecimento que tem característica diferente, sendo na sua grande maioria, adquirido no decorrer do processo de formação universitária.

Quanto à escolaridade, as entrevistadas do grupo da Medicina Popular, senhoras ervateiras, possuem até a quarta série primária, isto é, com o Ensino Fundamental incompleto, consoante ao observado na pesquisa, quando intitulamos os praticantes da Medicina Popular como “uma ciência aprendida no convívio do cotidiano e praticada por pessoas que não passaram pelas universidades” (OLIVEIRA, 1985; RINGER, 2000). Os representantes da Medicina Tradicional, conforme já abordado anteriormente, são profissionais com formação acadêmica.

### **5.2.2 Origem, transmissão e perpetuação de saberes sobre a utilização de plantas com fins medicinais.**

A cada encontro e entrevista realizada, a metodologia de história oral permitiu perceber o quanto relembrar o passado e as experiências vividas pode ser esclarecedor para a compreensão do presente, é a “história do tempo presente ou história viva” (MEIHY, 2000, p 25).

Conforme mencionado anteriormente, para assegurar o anonimato das entrevistadas, os nomes das seis participantes foram substituídos por letras do alfabeto (A, B e C), seguidas pela letra P ou T indicando representantes da Medicina Popular e Tradicional, respectivamente: AP, BP e CP e AT, BT e CT.

Analisando as falas evidenciamos que as entrevistas foram experiências gratificantes para as entrevistadas, na medida em que remeteram às lembranças afetivas de quem lhes ensinou essa prática, conforme descrevem:

*[...] eu fiz o curso da pastoral da saúde e comecei a utilizar as plantas, o meu pequeno tinha dois anos na época e desde os dois meses tinha uma infecção de ouvido, ele mamava ainda e aí já foi utilizando as plantas que eu curei a infecção de ouvido dele. Que eu me curei do que os médicos chamavam, de depressão e eu acredito que não era (entrevistada AP, 2015).*



*[...] o conhecimento das ervas já veio com minha mãe, que aprendeu com minha avó e pessoas assim. Foi onde adquirir o conhecimento foi com elas. Eu já gostava daquilo ali (entrevistada BP, 2015).*

*[...] minha vó fazia garrafada, tampava com cera de abelha e enterrava no mato pelo lado do sol. Eu era menina e já ajudava ela. Acho que sempre gostei disso, desde menina, já plantava as ervas e ajudava a fazer garrafadas, eu guardava vidros de xarope escondido para fazer os remédios e chás (entrevistada CP, 2015).*

Esse sentimento também se faz presente nas falas dos profissionais com formação acadêmica, sendo inclusive, este um dos motivos apontados pelas entrevistadas que as influenciou em usar plantas medicinais em sua prática profissional, como podemos constatar:

*[...] minha família é descendente de alemão, então tinha uma coisa de usar plantas, as plantas mais tradicionais. Eu tinha uma avó que era meio bruxinha, na realidade ela era muito católica, muito da igreja, hoje ela seria da Pastoral. Ela era muito ligada a plantas medicinais, tudo ela tratava a gente com chá. Tudo ela curtia na cachaça e dava aos netos (risos). Meu bisavô era farmacêutico homeopata, fui descobrir isso depois. Alguma coisa vem lá de trás (entrevistada AT, 2015).*

*[...] na minha casa, minha mãe se aposentou trabalhando no hospital, ela era atendente de enfermagem, ela sempre utilizou muito plantas com a gente. Ela não usava logo o medicamento alopático. Ela fazia muito chazinho, emplastos, ela utilizava muito (entrevistada BT, 2015).*

*[...] na família sempre fomos acostumados a tomar chás, criada em contato com a natureza (entrevistada CT, 2015).*

Além de sentimentos como afeto, respeito e admiração observados nas falas das entrevistadas, suas lembranças, seus relatos do ontem e do hoje têm como fonte suas memórias, onde registram e armazenam todo esse conhecimento. Para Bosi (1999, p.17) “na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideia de hoje, as experiências do passado. A memória não é um sonho, é um trabalho”. De fato, quando questionadas sobre a existência de registros escritos de seus conhecimentos, duas das entrevistadas do grupo da Medicina Popular afirmaram não possuírem. Neste caso, observou-se, que a memória humana serve como principal forma de registro do conhecimento popular.

*[...] Não. Não tenho nada. Parece que já vem tudo na cabeça. Às vezes chega uma pessoa lá em casa e diz assim: Ai!! Tô com uma dor de cabeça. Ai eu já saio lá, junto umas plantinhas e faço um chazinho (entrevistada BP, 2015).*

*[...] A maioria não. Tenho anotado os que são da pastoral (entrevistada CP, 2015).*

Outro aspecto a ser destacado é a transmissão deste conhecimento milenar por meio das gerações e a importância da figura feminina, no cuidado, participação e na difusão

dos mesmos. Essa figura, nas falas das entrevistadas dos dois grupos, é representada pela avó, pela mãe e pela filha.

*[...] minha mãe faleceu e eu continuei fazendo os chazinhos dela (entrevistada BP, 2015).*

*[...] minha vó me ensinava tudo, minha filha já sabe bastante (entrevistada CP, 2015).*

*[...] na minha família, essa coisa da minha vó é muito forte. (entrevistada AT, 2015).*

Nestes relatos percebe-se a presença da criança nas atividades, ocorrendo naturalmente à transmissão destes conhecimentos desde a infância, onde muitas destas informações e conhecimentos adquiridos aconteceram por meio da observação dos fenômenos naturais e seus devidos experimentos, como relatam as entrevistadas:

*[...] aprendi ajudando minha mãe, pois ela sempre pedia para buscar a erva para fazer o chá (entrevistada BP, 2015).*

*[...] fiz receitas desde pequena (entrevistada CP, 2015).*

No entanto, nos dias atuais há falta de interesse na aquisição deste conhecimento e exercício desta prática, principalmente no seio familiar, fato este presente nos depoimentos:

*[...] meus filhos e netos não tem interesse (entrevistada AP, 2015).*

*[...] hoje não tem ninguém da família que se interessa por essa prática (entrevistada BP, 2015).*

Essa falta de interesse pode estar relacionada a vários fatores como a maior acessibilidade aos medicamentos alopáticos, melhores condições financeiras, migração da população rural para os centros urbanos, ocorrendo assim um distanciamento destas práticas. Sobre este aspecto, entendemos que “a nossa é uma era, portanto, que se caracteriza não tanto por quebrar as rotinas e subverter as tradições, mas por evitar que padrões de conduta se congelem em rotinas e tradições” (BAUMAN, 2004, p. 322).

Esse entendimento nos leva a considerar que a falta de interesse em aprender e dar continuidade a esta prática, não representa a não utilização das plantas com fins medicinais pelos mais jovens. Nos relatos das entrevistadas AP e BP, pode-se constatar a procura dos mais jovens pela utilização “os jovens não procuram, mais os pais buscam”, “os jovens estão aceitando bastante, tem aumentado a procura, tem uns que me chamam de médica”, “o

*peçoal procura bastante, lá eles sempre me procuram*". Nas palavras de AT, também constatamos a participação dos jovens nas atividades que envolvem plantas com fins medicinais *"temos muitos jovens, pessoas que buscam a parte de plantas medicinais buscando esse outro lado, muitos jovens trabalhando juntos, são uns anjos"*. Essa transformação é latente e está presente em quase todos os depoimentos, nos reportando ao alerta de Canclini (2000, p.22) que *"é necessário preocupar-se menos com o que se extingue, do que com o que se transforma"*.

Todavia, a transformação se faz presente nos processos de transmissão e perpetuação destes conhecimentos e saberes, envolvendo desde a tradição oral até os recursos tecnológicos atuais.

*[...] eu fiz o curso da pastoral da saúde e comecei a utilizar as plantas (entrevistada AP, 2015).*

*[...] com o tempo adquiri mais sabedoria, pois participando dos cursos por meio da pastoral percebi que muitas eu já sabia, já conhecia (entrevistada BP, 2015).*

*[...] com as missões quatro pessoas foram convidadas para participar de um treinamento sobre a utilização das plantas medicinais, mas meu marido não me deixou participar... aí um dia ele deixou e me levava até o lugar caminhávamos bastante isso já faz 28 anos (entrevistada CP, 2015).*

*[...] introdução do reiki, mas não faz parte necessariamente da prática com medicinais (entrevistada AP, 2015).*

*[...] aprendemos a fazer pomadinhas, óleo para massagem (entrevistada BP, 2015).*

Fica evidente, nos depoimentos, a participação das entrevistadas nos cursos e atividades oferecidas pela Pastoral da Saúde<sup>29</sup>, que interfere diretamente na prática das entrevistadas, apoiando-as ao ensinar, capacitar e incentivar o uso terapêutico das plantas medicinais, bem como, propiciando troca de saberes entre as participantes, principalmente por meio da Pastoral da Saúde.

A Pastoral da Saúde é uma das Pastorais Sociais da CNBB<sup>30</sup>, vinculada a Igreja Católica e, sem fins lucrativos, de atuação em âmbito nacional e de referência internacional. Seus agentes trabalham de maneira solidária, comunitária e político-institucional. Tendo

---

<sup>29</sup> A Pastoral da saúde é toda ação do povo de Deus comprometido em promover, educar, prevenir, cuidar, recuperar, defender e celebrar a vida, desenvolvida principalmente por voluntários. O agente da Pastoral da Saúde procura resgatar e valorizar a religiosidade, o conhecimento e a sabedoria popular principalmente o uso de plantas medicinais (VELHO, 2015, p.04).

<sup>30</sup> A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) é a instituição permanente que congrega os Bispos da Igreja católica no País (<http://www.cnbb.org.br>). Acesso em 11/01/2016.

como objetivo contribuir na promoção da saúde, principalmente pelos pobres e enfermos, buscando por uma sociedade mais justa e solidária (CNBB, 1997).

Após o Concílio Vaticano II (1962), e com a Conferência Episcopal de Medellín (1968), a Igreja Católica, por seus representantes máximos na América Latina, rompeu com a tradição que caracterizou seu comportamento durante séculos. Saindo da omissão e da passividade, passou a caminhar junto com os menos favorecidos, lutando com eles na conquista de seus direitos sociais (OLIVEIRA, 2016).

O mundo de hoje exige especialização e competência para poder executar qualquer coisa para o bem das pessoas. A Igreja atenta a isso organizou as suas pastorais de maneira a melhor atender as necessidades dos tempos e das pessoas. Assim existem pastorais para cada área específica, como: Pastoral da Criança, Pastoral Carcerária, Pastoral dos Migrantes, Pastoral da Juventude, Pastoral da Saúde, etc. (MARTINS, 2010, p.549).

Essa luta ganhou força a partir da década de 70, com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelas práticas de Medicina Tradicional, utilizando plantas medicinais como recurso terapêutico. Essa recomendação significava oportunidades para as populações adquirirem conhecimentos, podendo e valorizar suas experiências, principalmente com a utilização das plantas com fins medicinais. Em face de todos estes acontecimentos e mudanças, constituía-se a Pastoral da Saúde como resposta às lutas pelos direitos à saúde e como processo de desenvolvimento social. Com dezenas de milhares de agentes por todo território nacional, esta pastoral atua em três dimensões: solidária, comunitária e político-institucional (OLIVEIRA, 2016).

Por meio da atuação dos agentes, a Pastoral da Saúde está presente em todo o Brasil com grupos ligados a uma comunidade católica e a hospitais. Eles atuam nos diversos ambientes ligados à saúde, desde instâncias políticas, como os conselhos locais de saúde, a visitas solidárias aos enfermos em hospitais e domicílios. (MARTINS, 2010, p. 249).

Dentre as ações a serem desenvolvidas pela Pastoral da Saúde, inclui também fomentar a participação da comunidade no controle social das políticas públicas. Portanto, a Pastoral da Saúde, contribui na promoção da integralidade do ser humano. Não concorre, dificulta, atrapalha ou desmerece o trabalho dos profissionais da saúde, mas pode contribuir na humanização do atendimento aos doentes, no cuidado com a espiritualidade e na luta pela dignidade, sobretudo dos mais pobres e vulneráveis (MARTINS, 2010).

Para a Pastoral da Saúde, ser saudável é ter saúde física, mental e espiritual e estar em harmonia com o meio ambiente. Para isso, procura resgatar e valorizar a

religiosidade, o conhecimento e a sabedoria popular principalmente com o uso de plantas medicinais, destacando a importância da experiência presente na população (VELHO, 2015).

Nas entrevistas observamos a contínua menção à Igreja Católica, principalmente quando eram citadas as atividades desenvolvidas com o uso e indicação de plantas medicinais pelas Pastorais da Saúde, no entanto, essa participação pode ser motivada por razões, interesses e enfoques diferentes nos grupos pesquisados. No caso das senhoras ervateiras, praticantes da Medicina Popular, isto é, sem formação acadêmica, a participação da igreja, em especial, por meio da Pastoral da Saúde, foi e ainda pode ser considerada como a atividade propulsora para a manutenção, valorização e difusão desta prática apoiando, capacitando e incentivando o uso terapêutico.

Por outro lado, no grupo dos representantes da Medicina Tradicional, profissionais com formação acadêmica, pode ser considerado como propulsor no uso e indicação de plantas com fins medicinais, pois, quando participam junto aos grupos da Pastoral da Saúde, o fazem com o objetivo de contribuir levando o conhecimento científico e fortalecendo os demais grupos, embora também busquem adquirir o conhecimento presente nas experiências trazidas pela Medicina Popular. Neste caso, a Igreja, por meio das Pastorais, é um veículo que potencializa o trabalho destes profissionais, contribuindo para que ocorra um intercâmbio de experiência, diálogo e a troca de conhecimentos.

No entanto, mesmo que por motivos diferentes, o envolvimento das entrevistadas na Pastoral da Saúde impulsiona essa atividade, oportunizando um espaço de intercâmbio de experiências entre a Medicina Popular e a Medicina Tradicional e propiciando inclusive, o processo de transmissão de tais saberes. Assim sendo, também foi observado nos relatos das entrevistadas com formação acadêmica, que estas profissionais, em suas práticas com plantas medicinais, buscam o resgate, a preservação e a perpetuação destes saberes, reforçando, por meio de suas ações, a interação dos conhecimentos populares e acadêmicos, como pode ser constatado nestas falas:

*[...] comecei a participar da pastoral, dar um ânimo, levando o conhecimento acadêmico e juntando ao conhecimento popular que essas senhoras trazem com o conhecimento científico que eu adquiri e é claro que isso tem de ser aos poucos, tem algumas coisas que divergem, mas mostrando o que se pode melhorar e aprendendo com elas deu um casamento legal. No horto se faz muda e na missa da saúde (uma vez por mês) a gente distribui muda, esclarece para a indicação e uso. E aqui na secretaria Municipal de Saúde, eu recebo também muitas pessoas querendo usar, buscam plantas para dor de barriga, ouvido, etc. Elas vêm até aqui e perguntam. (entrevistada BT, 2015).*

*[...] a gente participa de feiras, levamos muitas mudas de plantas medicinais, essas plantas são doadas e aí a gente vai ensinando, falando, resgatando, conversando. É uma busca de conscientizar, de fazer as pessoas voltarem a ter na sua casa uma horta, voltarem a se conectar com a terra, o “religare”. Essa é uma maneira de conscientizar e assegurar transmissão dos conhecimentos sobre plantas medicinais. Uma outra maneira é fazendo hortas em escolas tanto particulares como públicas, em algumas fizemos horto medicinal, e essas questões são trabalhadas em todas as idades. Também há palestras que a gente oferece, alguns cursos que a gente lança nas redes sociais e aí as pessoas que vem fazer, sempre usando medicinais, plantas não convencionais reforçando sempre esse trabalho de resgate, da importância do uso (entrevistada AT, 2015).*

O encontro entre os saberes popular e acadêmico, promovido tanto pelo meio acadêmico como pela Igreja Católica tem contribuído na perpetuação e transmissão destes conhecimentos. Isso pode ser constatado nos testemunhos das entrevistadas da Medicina Popular bem como, da Medicina Tradicional, durante o relato sobre a sua trajetória na utilização e indicação destas plantas:

*[...] tudo que eu aprendi e o que a irmã nos ensinou na Pastoral eu passei para outras comunidades por meio de minicursos. O que eu estou passando para a Pastoral, está garantindo que esse conhecimento não se perca. Passando para as pessoas novas que não sabem é uma sabedoria que não sei como dizer. Veio dos avós, da mãe e eu continuei (entrevistada BP, 2015).*

*[...] tudo que acredito que devo passar tudo que aprendi, pois não quero levar esse conhecimento comigo para o caixão, eu não me sinto bem é melhor não aprender, tudo que aprendo quero passar adiante (entrevistada AP, 2015).*

*[...] recebo o pessoal da pastoral, tanto de Sombrio, como da região. Também recebo alunos das escolinhas daqui (entrevistada CP, 2015).*

*[...] trabalhei com o Programa de Saúde da Família (PSF) por meio de minicursos. Elas trouxeram quais as plantas que as pessoas da comunidade mais utilizavam e qual indicação e aí desenvolvemos uma capacitação (entrevistada BT, 2015).*

Percebemos a influência das relações familiares e institucionais na transmissão desse conhecimento, onde a figura da mulher ganha destaque, tanto na prática da Medicina Popular como na Medicina Tradicional. Priore (2009) chama a atenção para o poder exercido pelas mulheres desde os tempos mais remotos. Segundo a autora, diante da naturalidade e da intimidade com que tratavam a doença, a cura, o nascimento e a morte, tornavam-nas perigosas e malditas. Estas mulheres despertavam credibilidade e respeito, mas também o medo e a insegurança das classes dominantes como, por exemplo, por parte da Medicina e da Igreja. Com a acusação de curandeirismo, eram duplamente atacadas: por serem mulheres e por possuírem um saber que escapava ao controle da medicina e do clero.

No entanto, no convívio junto às entrevistadas e participando de encontros que promovem a utilização de plantas com usos medicinais, constatamos uma interação entre

Igreja Católica e a Medicina Popular (figura 3). Assim, a mesma instituição que já perseguiu, condenou e executou praticantes deste tipo de Medicina, hoje apoia e incentiva a transmissão e perpetuação destes saberes.

Figura 3 – Encontro dos saberes Popular e Científico, município de Jacinto Machado/SC.



Fonte: Dados da pesquisadora, 2016.

Outro aspecto que merece destaque na transmissão e perpetuação destes conhecimentos, presente tanto no âmbito familiar, quanto no institucional, é a memória, trazendo à tona as lembranças e os esquecimentos. Sua ligação com o passado enriquece o presente, selecionando o que devemos relembrar rememorar ou esquecer. Assim, a memória contribui para a afirmação da identidade, fornecendo ao indivíduo um lugar de pertencimento, mas não um pertencimento geográfico, onde há um espaço delimitado por divisas, nomenclaturas ou estruturas físicas. Trata-se de um pertencimento cultural o que torna mais difícil de conceituação e de identificação, pois segundo Bauman (2005, p. 18) “o pertencimento e a identidade não tem a solidez de uma rocha, não são garantidos para toda a vida”.

Nesse sentido, observamos como a memória e as identidades estão ligadas ao grupo, as experiências vividas, as imagens construídas, e que, “a identidade é realmente algo

formado, ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência no momento do nascimento” (HALL, 2003, p. 38). Conforme afirma Bauman, o pertencimento e a identidade, não são definitivos, nem tão sólidos, mas negociáveis e renováveis, dependendo das decisões tomadas, do caminho que percorre e da maneira que o indivíduo age, bem como, sua firmeza diante de tudo isso (BAUMAN, 2005). O sentimento de pertencimento será abordado de forma mais explícita no próximo item.

### 5.2.3 Práticas da Medicina Popular e sentimento de pertencimento

Com suas sabedorias populares guardando segredos de rezas e receitas de como utilizar determinada planta medicinal, a maioria destas praticantes da Medicina Popular conquistou seu espaço, respeito e admiração da comunidade onde vivem, bem como, de outras comunidades muitas vezes distantes, sendo difícil identificar a abrangência desse reconhecimento. Esses aspectos ficaram evidenciados nos depoimentos:

*[...] as pessoas da comunidade sempre me procuram, não tem hora do dia ou da noite eles vem procurar as garrafadinhas (entrevistada CP, 2015).*

*[...] lá no meu lugar é eu. Qualquer coisinha.. um machucadinho no pé.. vim aqui pra senhora arrumar o meu pé.. ai to com dor aqui... a senhora faz uma massagem (entrevistada BP, 2015).*

*[...] de fora vem bastante, lugar que eu fico até assustada, pois não sei onde eles me acham. Eu pergunto: onde tu me achou, e ai um informa o outro e vão vindo (entrevistada CP, 2015).*

*[...] são pessoas de longe (entrevistada AP, 2015).*

A percepção aguçada, a observação, a habilidade desenvolvida e consolidada na prática com plantas medicinais e a experiência do dia-a-dia, além de conquistar o reconhecimento da comunidade, lhes confere, muitas vezes, a condição de “médicas” desta população, como neste exemplo: *[...] tem uns que me chamam de médica... eu digo que não sou médica (entrevistada CP, 2015).* Suas práticas caracterizam-se principalmente pela solidariedade, afetividade, confiança e doação, conforme observamos nas falas abaixo:

*[...] o trabalho voluntário faz muito bem, pois dessa vida não se leva nada, apenas o bem que se faz (AP, 2015).*

*[...] antes, o pessoal levava tudo sem pagar, agora tenho um custo, pois tenho despesas na desidratação, embalagem (CP, 2015).*



*[...] não cobro nada, mesmo para massagem eu compro o que precisa, faço e nunca cobro nada. E sinto bem e o pessoal já está acostumado. Eu atendo eles agradecem (BP, 2015).*

No entanto, apesar da característica voluntária do trabalho realizado, é inegável que a admiração e o respeito da comunidade lhes conferem, mesmo que de forma inconsciente, uma posição de poder. Nesse sentido, lembramos o que afirma Foucault (1984, p. 80), “há uma perpétua articulação do poder com o saber e do saber com o poder”.

Pedro (1994) destaca a difícil trajetória das mulheres na conquista desse poder, quando lhes era negado o saber. Para as mulheres, já eram ditadas funções determinadas, como o tradicional papel de mãe, de esposa e guardiã do lar.

Portanto, além destas funções o trabalho feminino foi à garantia de sobrevivência diária da família, principalmente nas camadas populares, fazendo com que a mulher conquistasse uma importância que extrapola os papéis de esposa e mãe (PEDRO, 1994). Esses novos saberes asseguram o exercício de novos poderes.

*Não há saber neutro. Todo saber é político. [...] saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. [...] todo saber assegura o exercício de um poder. (MACHADO, 2006, p. 177).*

Mesmo que o conhecimento adquirido em sua trajetória, lhes atribua certo poder, nas falas destas senhoras, transparece que a maior recompensa é o reconhecimento das pessoas que as procuram é o sentimento de estar auxiliando: [...] *“mas o que acho mais importante nisso tudo é tu te desprender, é tu atender aquela pessoa sem pressa, com todo amor (AP, 2015)”*.

Observamos que a prática da Medicina Popular a partir dos conhecimentos com o uso de plantas medicinais é construída com muito trabalho e determinação.

*[...] no começo não tinha estufinha, eu secava em cima do fogão a lenha em uma peneira, pois no sol alterava a cor e na sombra acabava mofando. Mas foi bastante difícil, pois tive que aprender tudo sozinha (CP, 2015).*

*[...] trabalhar com plantas medicinais é assim, e a passo de formiguinha (BT, 2015).*

Em suas falas, autonomia e independência feminina aparecem como conquistas extraídas com paciência, persistência e até mesmo abnegação, construídas em meio a um universo machista: [...] *mas meu marido não gostava desse meu trabalho. E eu sempre*

*pensava que um dia teria que escolher, e um dia ele falou: eu ou os chás...eu escolhi os chás e hoje tenho os dois (CP, 2015).*

Outro aspecto a ser destacado é o cultivo das próprias plantas em seus quintais. Conforme Posey (1987, p. 181), “a palavra “quintal” indica terrenos adjacentes às casas, onde são cultivadas, geralmente, plantas úteis ou decorativas. Esse tipo de utilização do solo precede a colonização europeia, uma vez que os Kayapó, como vários outros grupos sociais, plantam espécies úteis junto às suas casas”. Esta prática levou essas senhoras a descobrirem segredos que perpassam ao cultivo e colheita. Para Priore (2009, p. 95) “o quintal era o território prestigiado da cultura feminina, feito de empirismo, oralidade e memória gestual”. Temos então, nos quintais muito mais que uma mera porção de terreno, nos quais as famílias mantêm uma grande diversidade de plantas, mais sim, um espaço de conservação e demonstração de saberes acumulados ao longo do tempo, perpassando gerações.

Essa prática, ainda presente nos dias atuais, pode ser constatada nas residências das entrevistadas, conforme nos mostra a figura 4, onde todo o espaço do seu quintal e o entorno da casa são utilizados para o cultivo de plantas medicinais.

Figura 4 – O quintal - Local de cultivo de plantas medicinais na Medicina Popular.



Fonte: Dados da pesquisadora (2015).



Desta forma, o quintal, além de um espaço físico que abriga as plantas medicinais, é também o espaço onde ocorrem as interações estabelecidas com aqueles que realizam este cultivo, pois, “*quase sempre a pessoa vai plantar suas próprias plantas, ela vai ter outra consciência (entrevistada AT, 2015)*”.

Figura 5 – O horto – Local de cultivo de plantas medicinais na Medicina Tradicional.



Fonte: Dados da pesquisadora (2015).

Na figura 5, observamos uma organização no cultivo diferenciada da figura 4, neste local, encontramos um horto de plantas medicinais. Segundo Rodrigues et al. (2012) horto é uma área destinada ao cultivo de plantas *in natura*, com informações sobre as mesmas como: identificação botânica, buscando a preservação de espécies em extinção e propiciando ensino e estudo sobre as plantas. Os hortos também podem produzir e distribuir mudas para plantio nos quintais da comunidade, bem como, orientar a população para o preparo e uso destas plantas. As espécies cultivadas, sejam nativas ou exóticas, podem ser aquelas oriundas da relação de plantas medicinais nacional, estadual ou municipal, ou aquelas de amplo conhecimento das pessoas no local.

O horto em destaque (figura 5) foi construído pela Medicina Tradicional, como afirma a entrevistada BT (2015) *nessa unidade de saúde já temos um espaço onde cultivamos*

*plantas medicinais*. O mesmo foi construído objetivando promover o encontro dos saberes popular e científico. Além disso, procura estreitar as relações entre os profissionais de saúde e a comunidade, propiciando ou fortalecendo a comunicação, o diálogo e a troca de saberes.

Ainda segundo Rodrigues et al. (2012) o horto pode ser fruto de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e órgãos ligados ao cultivo de plantas medicinais, como universidades, Secretarias Municipais de Agricultura, para que haja acompanhamento de profissionais em todas as etapas de produção. O apoio técnico de outros setores pode auxiliar na inserção, na identificação correta das espécies, no resgate histórico e popular e no estudo das plantas mais utilizadas na comunidade, fortalecendo o vínculo e as ações educativas. Os hortos devem atender às boas práticas de cultivo, preservando a qualidade do ar, do solo e da água.

Percebemos nestes locais, isto é, nos quintais ou hortos, o cuidado do cultivo das plantas medicinais em ambiente limpo e sem a utilização de agrotóxicos.

*[...] geralmente cultivo todas as plantas que necessito para produzir as tinturas (entrevistada AP, 2015).*

*[...] lá no meu lugarzinho tenho minha horta. Aqui na Pastoral temos o nosso cantinho da saúde (entrevistada BP, 2015).*

*[...] tenho muitas aqui em casa e recebo muito auxílio dos vizinhos, eles fornecem muito ervas, mas só aceito se conheço de onde vem, pois tenho muito cuidado com as ervas (entrevistada CP, 2015).*

Sobre esse aspecto Amorozo (1996, p.47) afirma:

Toda sociedade humana acumula um acervo de informações sobre o ambiente que a cerca, que vai lhe possibilitar interagir com ele para prover suas necessidades de sobrevivência. Neste acervo, inscreve-se o conhecimento relativo ao mundo vegetal com o qual estas sociedades estão em contato.

Essas senhoras ervateiras, herdeiras de uma tradição cultural por meio de gerações, ao acumularem maior conhecimento, conquistaram credibilidade sendo reconhecidas e referendadas pela comunidade e pelo poder local: prefeitura, através das secretarias municipais de agricultura, EPAGRI, e Igreja Católica. Suas práticas e seus conhecimentos, ao serem transmitidos por meio da oralidade, estão sendo ressignificados e renovados, pois essa transmissão já não ocorre apenas no âmbito familiar, o que possibilitaria a perpetuação. Conforme afirma Oliveira (1985), a Medicina Popular não pode ser vista

como algo estático, mas como um processo histórico, vivo e atual, sendo fecunda, dinâmica e permanentemente atualizada. Esse movimento é afirmado pelas entrevistadas:

*[...] também recebo alunos das escolinhas daqui (entrevistada CP, 2015).*

*[...] estamos tentando reciclar, aproveitando conhecimento, pois elas sabem muito. Então, juntado o que elas sabem com o que aprendi e está dando certo (entrevistada BT, 2015).*

No entanto, esse movimento também causa preocupação, pois como afirma Bosi, (1999, p. 45) “a informação só nos interessa enquanto novidade e só tem valor no instante que surge. Ela se esgota no instante em que se dá e se deteriora”. Para Bauman (2001), essa “modernidade líquida”, se caracteriza não tanto pelo rompimento com as rotinas e subversão às tradições, mas em evitar que padrões de conduta se congelem em rotinas e tradições. Sobre este momento de liquidez, o autor afirma que é necessário tentar compreender quais as consequências da situação vivida pelo indivíduo para seu cotidiano, pois “a vida é como um lençol muito curto: quando se cobre o nariz os pés ficam frios, e quando se cobrem os pés o nariz fica gelado. Há sempre um custo a ser pago para a melhora numa determinada direção” (BAUMAN, 2004, p.324).

Esse momento atual se caracteriza pela rapidez no fluxo de informações, na passagem de estruturas de solidariedade coletiva para as de disputa e competição, no permanente movimento e descarte das coisas, com impactos importantes na identidade. Dificultando, portanto, o interesse por parte das pessoas mais jovens em reter informações referentes a um saber tradicional. O desafio que está posto é como despertar nas novas gerações o interesse e o comprometimento com a manutenção desse saber popular e suas práticas, acrescentando a ele novos conhecimentos sem, no entanto, descaracterizá-lo.

#### **5.2.4 Identidade e plantas medicinais**

Cultura e identidade são dois termos que estão associados. Segundo Hall (2003, p.13), “o sujeito assume identidades diferentes, em diferentes momentos”. Desta maneira, a identidade formada pela interação entre o eu e a sociedade deixa de existir, onde a essência do sujeito sofre as alterações das prováveis necessidades do homem.

Sendo que cada pessoa terá particularidades que as difere de outros indivíduos, a construção da identidade é um processo heterogêneo. Cabe considerar que o sujeito não vive isolado e, no meio social em que vive, acaba construindo sua identidade cultural. Esta identidade, segundo Laraia (2007, p. 46) é o “resultado do meio cultural em que foi

socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecedem”. Esse reconhecimento é retratado nas entrevistas:

*[...] lá no meu lugar é eu. Na Pastoral eu participo, mas não sou coordenadora, elas querem que eu participe porque tenho conhecimento (entrevistada BP, 2015).*

*[...] as pessoas me procuram não tem hora (entrevistada CP, 2015).*

No entanto, no depoimento da entrevistada BP observamos que há uma mudança identitária, assumindo no “*meu lugar*”, um lugar de identidade, de domínio, de autoridade, de prestígio e liderança, enquanto que no segundo momento, quando afirma “*não sou coordenadora*”, assume um lugar subalterno, de participante e membro de um grupo. Nestas afirmações, verifica-se que as identidades são assumidas diante do lugar que ocupam e no momento em que se encontram. São afirmações espontâneas, mas que reforçam a questão da dificuldade de mantermos “*neste mundo fluido, uma identidade fixa*” (BAUMAN, 2004, p. 322).

Apesar das entrevistas fazerem referência ao conhecimento adquirido de geração em geração, a sabedoria com que desempenhavam tais atividades, conferiram a essas mulheres uma aura quase “*sagrada*” diante da comunidade, onde são consideradas pessoas especiais, um misto de autoridade médica e religiosa, capazes de despertar sentimentos de medo e fascínio, mas, sobretudo, admiração. O que difere na identidade destas senhoras é o modo como são reconhecidas no seu dia a dia, no seu cotidiano, pois nas falas das entrevistadas BP e CP, constatamos o sentimento de pertencimento às comunidades as quais residem, reforçando sua identidade tanto na comunidade, como além dela.

Por outro lado, verificamos, nos depoimentos da entrevistada AP (2015), certa insatisfação com a falta de reconhecimento e valorização do seu trabalho, na comunidade onde está inserida, afirmando inclusive “*que santo de casa não faz milagres*” e que “*no começo esperava que a comunidade procurasse. Hoje já não espero mais e também isso não me incomoda*”.

Para a entrevistada (AP, 2015), o não reconhecimento da comunidade na qual reside, está relacionado principalmente com “*as práticas ritualísticas, pois não basta tratar o físico. Quando o físico adoece é que teu espírito já estava doente e isso as pessoas da comunidade não querem entender (AP, 2015)*”. Nestas palavras, é possível compreender que a prática da Medicina Popular “*é um fenômeno próximo a nós, mas é complexo*” (OLIVEIRA,

1985, p. 08). Diante desta complexidade, podemos destacar dois aspectos na prática da Medicina Popular. O primeiro é de ordem prática e consiste no uso de plantas com fins medicinais na forma de chás, garrafadas, tinturas, xaropes, reconhecidos pela sua eficácia. O segundo é o aspecto mágico, onde se faz presente o inexplicável, o oculto que nos instiga, muitas vezes nos fascina e nos remete à busca pelo desconhecido. Essa comunicação com o sagrado só pode ser realizada por pessoas consideradas especiais, possuidoras de uma sabedoria acerca do mundo visível e invisível que lhes concede prestígio e poder. Mauss (1974), ao descrever sobre magia, destaca a importância das mulheres e seus poderes especiais, quando afirma:

[...] as mulheres, cujo papel em magia é teoricamente tão importante, só se acreditaram mágicas depositárias de poderes, por causa da particularidade de sua posição social. Elas são reputadas qualitativamente diferentes dos homens e dotadas de poderes específicos: os mênstruos, as ações misteriosas do sexo e da gestação são apenas os sinais das qualidades que lhes atribuem. A sociedade, a dos homens, alimenta em relação às mulheres fortes sentimentos sociais que, da parte delas, são respeitados e mesmo partilhados. (MAUSS, 1974, p. 153).

Para Laplantine e Rabeyron (1989), embora a magia tenha sido combatida pela Igreja Católica e o Estado desde o século XVI, decretando guerra contra a cultura popular e suas manifestações, classificando-as como práticas de charlatanismo, onde a Medicina Popular não conseguindo acender a grandeza de religião ou de ciência, foi rotulada entre o pecado e o erro. Porém, essas práticas persistiram historicamente e continuam em nossa sociedade sob formas de receitas medicinais, rituais de proteção, cerimônias mágicas, sendo muitas vezes o intermediário entre o homem e o sagrado. Os mesmos autores chamam a atenção para as práticas modernas, por não possuírem o mesmo contexto cultural, quando destaca:

Não se cura mais com “plantas”, porém pratica-se a “fitoterapia”; não se pratica mais a imposição de mãos, porém se prescreve uma “cura magnética”. Não se trata mais de preces, porém, de “fluídos”; não se trata mais de espíritos benéficos ou maléficos, porém de “ondas” ou de “energias positivas” ou “negativas”. O feiticeiro torna-se um radiestesista; o vidente, um parapsicólogo; o benzedor, um quiroprático. (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p. 56, aspas no original).

Quintana (1999) ressalta, que tanto os tratamentos científicos como os populares são perpassados por processos mágico-religiosos, no entanto nas práticas de Medicina Popular, há um envolvimento maior destes processos, estando atrelados tanto aos procedimentos como a sua lógica interna. Ou seja, são fundamentais, estão implícitos nestas atividades, abrem uma fissura para o sagrado, como o que não se enquadra nos códigos

disponíveis com os quais interpretamos a realidade, escapando ao controle do homem. Este espaço sagrado é um espaço de forte significação, que tenta dar conta do que foge as construções cotidianas, como o aparecimento da doença e como consequência a busca de processos de cura, mergulhando assim no universo do sagrado.

As mulheres entrevistadas da Medicina Popular BP e CP, apesar de afirmarem “*não benzo*” e, portanto, não serem reconhecidas como benzedeadas, apresentam a dimensão do sagrado, que se faz presente na devoção aos santos católicos, na fé e na oração. Entretanto, o aspecto mágico na prática com plantas medicinais nem sempre é aceito, como se constatou no testemunho de AP, quando afirma que há pouco interesse da comunidade com relação ao seu trabalho, bem como, preconceito por suas atividades “*as pessoas me chamam de louca. Cada vez mais “bruxa”. Agora deu para falar com o mato, com a terra*” (entrevistada AP, 2015).

Por meio desta fala, verificamos que essa falta de interesse da comunidade, essa não busca das pessoas pode ter vários fatores como, por exemplo, a imagem que é passada, essa imagem pode estar algumas vezes ainda associada à imagem de “bruxa”. Além do uso de plantas com fins medicinais, há a prática ritualística, como sugere o próprio nome “Bruxinhas de Deus”<sup>31</sup>, devido a uma visão de mundo que a relaciona à natureza, ao sobrenatural, à loucura e à magia, possibilitando a criação da imagem de bruxaria.

Apesar deste discurso sobre bruxa fazer parte de um tempo passado, ele volta a ser usado quando surge a possibilidade de intervenção de cura por meio do que não é concreto, como as práticas ritualísticas, citadas por uma das entrevistadas. Dentre essas práticas podemos citar a utilização de pêndulo durante o atendimento; a relação com as plantas “*quando vou colher a planta chego e digo: bom dia, como é que passou a noite? Olha eu vou precisar de uns galhinhos teus aqui*”, pois, segundo a entrevistada AP(2015) “*não basta tratar o físico*”.

Não se trata aqui de uma imagem de bruxa que se cristalizou no discurso inquisitorial e se congelou no tempo. Sobre esse aspecto (MALUF, 1992) comenta que assumindo atitudes e comportamentos vistos como desviantes, onde a apropriação de tal poder por uma mulher é, num determinado sentido, pouco suportado pela comunidade, ficam mais

---

<sup>31</sup> Nome sugerido por um padre (Padre Francisco), quando apresentou o trabalho realizado por Rafinha em 1995. Esse nome busca revalorizar as bruxas, essas mulheres que possuem e possuíam um conhecimento amplo sobre as plantas e seu poder de cura e que foram estigmatizadas e perseguidas, especialmente pela Igreja Católica, durante a inquisição (ERICE, 2015).



suscetíveis de serem vistas como bruxas, sendo seus papéis e sua identidade na comunidade construída em torno desta figura.

Nos dias atuais o homem é considerado “composto não por uma, mas de várias identidades” (HALL, 2003, p.12), resultado das várias transformações que sua identidade cultural vem sofrendo ao longo dos anos, pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. Assim também, essas senhoras que fazem uso e indicação de plantas com fins medicinais, sempre buscam manter uma identidade, preservar essa cultura, atrelando seu pertencimento a um determinado lugar. Não a qualquer lugar, não a ocupação de um espaço, mas há um lugar só seu, podendo ser este físico ou não, mas é um lugar “fixo, é nele que temos raízes” (HALL, 2003, p.72). Esse aspecto pode ser verificado nesses depoimentos:

*[...] não benzo. Minha vó também não benzia. Atendo pessoas de todas as religiões, eles vêm porque sabem que não benzo” (entrevistada CP, 2015);*

*[...] lá no meu lugar, é eu” (entrevistada BP, 2015);*

*[...] cada vez mais bruxa” (entrevistada AP, 2015);*

*[...] quando eu tinha farmácia eu era chamada pelos meus colegas farmacêuticos ‘a farmacêutica dos panos quentes” (entrevistada AT, 2015).*

Há uma delimitação de lugar, de pertencimento, de identidade, é “o lugar específico, concreto, conhecido, familiar, delimitado” (HALL, 2003, p. 72).

Ainda assim, esses conhecimentos não são permanentes nem inabaláveis, podendo ser gerados, modificados e reformulados, pois a Medicina Popular, onde se inserem os que fazem uso e indicação de plantas com fins medicinais, ao contrário do que muitos acreditam, sofrem com as constantes transformações que acompanham o desenvolvimento social. Essas transformações são registradas na trajetória das ervateiras envolvidas na pesquisa, onde suas atividades estão sendo aperfeiçoadas, ressignificadas por meio de cursos onde puderam “adquirir mais sabedoria (entrevistada BP, 2015)” ou confirmar seus conhecimentos “vou a uma palestra e vejo que já conheço aquela planta (entrevistada BP, 2015)”. Nestes encontros também há interação entre as participantes, há uma troca de receitas, indicações, mudas, gerando momentos de muita informação e conhecimento.

Houve também a necessidade de mudar a forma de fornecimento, pois mesmo que o trabalho voluntário seja reconhecido por todas como enobrecedor, gratificante, recompensador, há gastos com o processo de produção dos chás e das tinturas, por essa razão há necessidade de cobrar um valor, embora pequeno, para a manutenção da atividade, como

afirmam as entrevistadas “*aqui só é cobrado o material (AP, 2015)*”. “*agora tenho um custo, pois tenho despesas na desidratação, na embalagem (CP, 2015)*”. Porém, uma das participantes, a entrevistada AP, afirma receber doações das pessoas que a procuram, e ressalta que, cobrar pelo trabalho realizado pode interferir no resultado.

Também se dizem possuidoras de um dom e/ou de uma missão a ser cumprida, embora nem todas saibam explicar como esse dom se manifesta, mas relatam situações em que os chás ou as combinações necessárias para atender a quem as procuram surgem em suas mentes sem uma explicação, sem saberem como.

Essas senhoras não fazem necessariamente propagandas de seu trabalho. Ele se tornou conhecido pela comunidade e além desta, em virtude dos benefícios que proporcionam e pelo baixo custo para a população em geral, mas principalmente pela forma como elas realizam suas atividades quando atendem as pessoas que as procuram. O atendimento se dá sem pressa, com carinho, dedicação e preocupação, pois atendem as necessidades de cada um, sem hora, nem data marcada, sem dinheiro, apenas por necessidade. Desta maneira, mesmo sem perceber, elas amenizam a carência, a dor e as angústias oriundas do cotidiano, pois, segundo a entrevistada AP (2015), “*o ser humano está carente de contato, de alguém que escute. Às vezes ela não precisa de remédio nenhum*”.

Neste sentido, entende-se que:

O “pertencimento” e a “identidade” não têm a solidez de uma rocha, não são garantidos para toda a vida, são bastante negociáveis e revogáveis, e de que as decisões que o próprio indivíduo toma, os caminhos que percorre, a maneira como age – e a determinação de se manter firme a tudo isso – são fatores cruciais tanto para o “pertencimento” quanto para a “identidade”. (BAUMAN, 2005, p. 17, aspas no original).

Nestes relatos, constatamos a heterogeneidade na construção da identidade destas senhoras ervateiras. Embora todas utilizem e indiquem plantas com fins medicinais, cada uma delas tem suas particularidades que as diferem de outros indivíduos e entre si.

### **5.2.5 Saúde, doença e plantas medicinais.**

A ideia de que as doenças tem sua história social não é nova. Essa abordagem de que o ser humano precisa ser compreendido como ser psicobiológico, sem a divisão cartesiana do corpo e mente, mas sim como uma unidade, onde é impossível separar os fatores biológicos, psicológicos e culturais que compõem sua essência, teve início no final dos anos

de 1960. Dessa maneira, a história nos mostra que o processo saúde/doença é de extrema complexidade, o qual deve ser entendido não de forma isolada, mas agregando aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, portanto, necessita do olhar de diferentes atores sociais, pois a doença não é uma categoria estática, mas um processo de construção sociocultural. Ela não é um momento único e sim um processo que envolve negociações entre os vários atores envolvidos (LANGDON, 2009).

Desde os tempos mais longínquos os conceitos de saúde e doença sempre estiveram atrelados pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e o que os rodeiam. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, assim como elementos naturais e sobrenaturais também habitaram estas representações, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos (SEVALHO, 1993).

Na Idade Média, principalmente na Europa, “a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas” (SCLIAR, 2007, p. 31). No Brasil, no período da colonização, as pessoas achavam que a doença era uma advertência dos céus, assim, as enfermidades viriam porque houve pecado. A medicina caseira, na forma da Medicina Popular, por meio dos curandeiros, benzedeiros, ervateiros, era grande aliada da saúde do povo, já que havia poucos médicos. Aliás, o corpo feminino e a procriação também eram assuntos divinos, e, por isso, pouco tocáveis; ali habitava o bem, quando havia procriação, e o mal, quando havia prazer.

Destarte, o processo evolutivo da história, da cultura e da medicina mostram que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos e que essas alterações nos conceitos de saúde e, conseqüentemente, de doença sempre estiveram ligadas ao contexto social.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. (SCLIAR, 2007, p. 30).

Diante de todas essas discussões, pode-se salientar que as doenças podem representar um desequilíbrio social e, nesta condição, as sociedades procuram identificar suas

origens. Durante a década de 60, houve um amplo debate realizado em várias partes do mundo, enfatizando a importância econômica e social da saúde, propondo superar apenas o controle da enfermidade. Partindo dessa prerrogativa, a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, os profissionais de saúde e os políticos foram alertados para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde. Em 1986, em Ottawa, Canadá, durante a I Conferência Internacional de Promoção a Saúde, foram redigidos dois documentos: a Carta da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>32</sup> e a Carta de Ottawa. Durante a I Conferência, definiu-se saúde não somente como ausência de doença. Mas, da necessidade de recuperar o sentido ético da vida diante da complexidade das questões sociais que afetam a saúde. Pela primeira vez, a saúde foi reconhecida como um direito a ser afirmado envolvendo um trabalho de cooperação com vários setores da sociedade além da melhoria do acesso aos serviços de saúde (WESTPHAL, 2007).

No entanto, a intensificação da Medicina Moderna em dividir o ser humano em partes, como se faz com uma máquina, onde a doença é a avaria ou o mau funcionamento de uma destas partes, atribuiu aos médicos a tarefa de intervir para identificar e consertar somente a parte danificada. Nessa busca pela especialização em partes cada vez menores, o médico perdeu a visualização de seu paciente como um todo, inclusive, no seu contexto socioeconômico, pois o enfoque principal não é o que o paciente tem em comum com o outro, mas sim suas particularidades, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico, esquecendo que “a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social” (MINAYO, 1991, p. 233).

Desse modo, apesar do avanço e sofisticação da Medicina Moderna, muitos problemas de saúde não obtiveram as respostas necessárias ou satisfatórias, especialmente, para os elementos psicológicos ou subjetivos que se fazem presentes nos sintomas das doenças, pois o modelo biomédico busca, em sua grande maioria, tratar a doença no seu aspecto físico. Surge então em meados do século XX, uma nova epidemia, o que Albuquerque e Oliveira (2002), denominam de “epidemia comportamental”, onde:

A doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico. Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que

---

<sup>32</sup> Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (disponível em <http://conselho.saude.gov.br>).

pervaga o corpo social, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total (MINAYO, 1991, p. 233).

Essas preocupações que ultrapassam o estado de saúde apenas como adoecimento, como uma parte da máquina que não está em perfeito funcionamento, são contempladas na definição de saúde da OMS, “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. Este completo bem-estar, pode parecer um objetivo fantasioso, até mesmo surreal, pois retrata a saúde como algo estático e não como um processo contínuo de mudanças, mas esta definição também revela o caráter holístico da saúde.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007, p. 30).

Considerando-se que a saúde, ao longo da história, foi apontada como um bem, ter saúde significa “ser saudável, ser empregável, ser capaz de um bom desempenho, ou seja, possuir uma condição corporal e psíquica que atenda as demandas” (BAUMAN, 2001, p. 91), “um bem que se compra no mercado, uma mercadoria” (OLIVEIRA, 1985, p. 46). Essa necessidade e preocupação constante em manter o corpo saudável, em preservar esse bem, que é saúde, proporcionaram mudanças principalmente nas últimas décadas.

No combate constante às doenças, novos modelos de saúde foram criados ou recriados, provocando alterações no modo de pensar e de agir da população que passou a ser usuária dos mais variados recursos para cuidar da saúde. Essa busca constante pela saúde tem gerado, inclusive, movimentos que, apesar de não serem novos, surgem como modismo. Um exemplo disso é a procura pela Medicina Popular, uma prática milenar, mas que nos dias atuais vem merecendo destaque, causando preocupação naqueles que sempre fizeram e fazem uso, como nos relata a entrevistada AT.

*Agora o lado ruim que eu vejo disso tudo é que virou meio moda e a moda trás o capitalismo junto, essa questão de dinheiro mesmo, e daí essas pessoas que não tem essa ligação forte com a Terra, essa ligação de respeito ao outro ser de coração. Essas pessoas começam a entrar por esse caminho, ver que é moda, que dá dinheiro, que é um caminho legal (AT, 2015).*

Essa preocupação é pertinente, pois na Medicina Popular encontramos, além de uma concepção de doença e de tratamento, também uma visão do mundo, um conjunto de valores e normas morais, ou seja, um universo cultural articulado a estas práticas. A Medicina

Popular possui um amplo e heterogêneo espectro de concepções de vida e de valores, formas específicas de atuação, eficácia e utilidade, sustentação e legitimidade, um conjunto de crenças e de práticas populares que se enraízam num saber local, constituído pela experiência acumulada (OLIVEIRA, 1985). A Medicina Popular promove alterações como estas:

*[...] meu envolvimento com medicinais mudou meu conceito de doença desde a minha formação. Pois na prática é muito diferente. Então tu percebes que não é só o remédio que vai trazer a cura. Tu percebes que tem muitos outros fatores que te levam a doença, então a gente muda bastante quando busca terapias alternativas como as plantas medicinais (entrevistada BT, 2015).*

*[...] por que na realidade o uso da planta medicinal, não vê só a planta, não vê só a doença, mais sim o todo e nisso as pessoas tem uma resposta melhor com as medicinais e por aí elas também começam a buscar e trabalhar com as plantas medicinais. (entrevistada AT, 2015).*

Outro aspecto destacado pelas entrevistadas está relacionado com a trajetória evolutiva das doenças e conseqüentemente suas alterações, além do surgimento de doenças até então desconhecidas. Se há algumas décadas, as pessoas procuravam a Medicina Popular para tratar de doenças consideradas físicas, como dores em geral, cuidados de ferimentos causados por animais ou em suas atividades diárias, realização de partos entre outros, nos dias atuais a maior procura é por cuidados com doenças neurológicas, psicossociais e metabólicas, como podemos constatar nesses depoimentos:

*[...] houve mudanças sim. Vejo muitas doenças relacionadas com a parte neurológica, que hoje tem muito como Alzheimer, demências, então assim muito isso. Muito das doenças psicossociais que antes não tinha tanto assim. Então assim, temos plantas que trabalham bem isso. Também insônia, antes eram mais doenças físicas, que hoje estão mais controladas pelos analgésicos. Há também muitas doenças metabólicas, pela questão de má alimentação, como o colesterol e a diabetes, atendo bastante (entrevistada AT, 2015).*

*[...] a depressão. É de apavorar a quantidade. E o câncer. Quando fiz o curso da pastoral em 1988, o que mais aparecia era diarreia em função do trabalho com as crianças; pressão alta nos idosos. Hoje tem criança com pressão alta, tem criança obesa. Mas a maior procura é depressão e câncer. A maioria vem com o diagnóstico médico (entrevistada BP, 2015).*

*[...] depressão e ansiedade também aparecem bastante, a garrafadinha 12 ervas que tem no folhetinho da pastoral, que trata disso, a gente não dá conta de fazer, tá sempre em falta. A gente faz um balde por vez é bastante (entrevistada CP, 2015).*

No entanto, independentemente da época, lugar ou classe social, o ser humano sempre buscou e busca a cura e o seu estado de bem-estar físico, mental e social. Nessa busca, o homem procura pelos diversos espaços que oferecem esta possibilidade, podendo ser um saber científico, respaldado pelo conhecimento acadêmico, como na Medicina Moderna,

ou um saber tradicional onde não há titulação acadêmica, como na Medicina Popular. Enquanto a Medicina Moderna, na sua maioria, fornece uma explicação formal, restrita e categórica das doenças e dos meios para controle e possível cura, na Medicina Popular, suas práticas associam a doença como um distúrbio da pessoa de forma integral, envolvendo não só o seu corpo, mas sua mente, seu contato com o meio em que vive. Ou seja, nunca se restringem a fenômenos puramente físicos, pois para seus praticantes, o ser humano precisa “*de contato, de alguém que escute às vezes ela não precisa de remédio nenhum (AP, 2015)*”. Nas palavras de BT, profissional com formação acadêmica, constatamos a necessidade de mudança nos processos de percepção e diagnóstico das doenças:

*Se ficares um dia ali no Posto de Saúde como profissional de saúde, fazendo uma triagem tu vais ver que mais de 50% das pessoas que passam por ali, não estão realmente doentes. São outras coisas que eles precisam, não é de um acompanhamento médico, mas sim de alguém que as escute, pois como qualquer ser, o ser humano não consegue viver sozinho. A gente tem problema e a gente tem que desabafar com alguém, precisa de alguém que escute. Trabalhar com terapias alternativas como plantas medicinais, tu precisa ver como as pessoas mudam. A gente fica mais perceptiva, mais sensível, consegue visualizar melhor o problema do outro (entrevista BT, 2015).*

Constatamos que a prática da Medicina Popular, apesar de muitas vezes ter sido rejeitada pelo mundo acadêmico, resistiu “política e culturalmente” (OLIVEIRA, 1985, p.08), as mudanças ocorridas nas concepções de saúde e doença nos últimos séculos, que promoveram a hegemonia da Medicina Moderna. Porém, nas últimas décadas, esse panorama começou a ser modificado, com o crescimento e a valorização de uma abordagem mais humanizada nos cuidados com a saúde. Observamos que as plantas medicinais vêm ganhando cada vez mais adeptos, tanto da população em geral como de profissionais da área da saúde, pois podem oferecer respostas às doenças e aflições vividas no cotidiano da população.

Por fazerem parte de um “processo histórico vivo e atual” (OLIVEIRA, 1985, p. 16) a Medicina Popular passou e ainda passa por transformações, pois não são práticas estáticas. Mesmo diante destas mudanças ocorridas, observou-se que na realização destas práticas, no que faz referência ao comportamento diante da concepção de saúde e doença houve pouca mudança, pois a Medicina Popular sempre preconizou o ser humano como um todo, como um ser integral, já que “*o ser humano está carente de contato, de alguém que escute às vezes ela não precisa de remédio nenhum*” (entrevistada AP, 2015). Essa concepção também se faz presente na prática dos profissionais acadêmicos praticantes da Medicina Tradicional, que informaram sobre sua prática: “*o uso da planta medicinal, não vê só a planta, não vê só a doença, mais sim o todo*” (entrevistada AT, 2015).

Neste todo, cabe ressaltar o lugar onde se dá o cuidado com a saúde ou a ausência dela. Para tanto, não podemos confundir o lugar como espaço, pois “o espaço, por sua vez, é usualmente ligado – de alguma forma – à ideia de tempo” (MOCELLIN, 2009, p.78). E, neste momento atual, “tudo está agora sendo permanentemente desmontado, mas sem perspectiva de alguma permanência. Tudo é temporário” (BAUMAN, 2004, p. 322), ocasionando alterações nas relações do passado com o presente. O instante se coloca como uma unidade a ser vivida, queremos que as coisas aconteçam aqui e agora, não dispomos de tempo para pensar no ontem e nem no amanhã. Nesse sentido, nos cuidados com a saúde encontramos na Medicina Popular, lugares repletos de significado (figuras 6 e 7), o que Augé (2010) chama de “lugar antropológico”. Este significado é construído a partir da cultura das relações e história de seus praticantes, como constatamos junto às entrevistadas.

Figura 6 – Horto de Plantas Medicinais – resultado da interação entre os saberes Popular e Científico - Jacinto Machado/SC



Fonte: Dados da pesquisadora (2016).



Figura 7– Local de armazenamento das plantas medicinais desidratadas utilizadas por uma das praticantes da Medicina Popular.



Fonte: Dados da pesquisadora (2015).

Por outro lado, há os não lugares, que são espaços onde não se pode vislumbrar nenhuma relação social, em que os laços ou a capacidade de envolvimento por parte de seus ocupantes não são tão fortalecidos (AUGÉ, 2010), como por exemplo, os postos de saúde, estes são lugares de passagem. Encontramos uma das entrevistadas trabalhando junto a Secretaria Municipal de Saúde estando esta Secretaria, atrelada ao Posto de Saúde Municipal, lugares que, em sua maioria, possuem características que os identificam como não lugares. No entanto, o ambiente de trabalho da entrevistada BT já não pode ser considerado como um não lugar, pois, neste local constatamos a produção de canteiros com plantas medicinais, acessíveis aos pacientes e a população em geral como ela relata, *“quando foi para construir aqui, eu pedi um espaço para construir o horto e o prefeito se interessou e construímos o horto (BT, 2015)”*.

Além do horto com plantas medicinais também há neste local uma Academia da Saúde que está disponível *“para orientar homens e mulheres a driblar o sedentarismo,*

*mantendo uma boa forma física e mental (entrevistada BT, 2015)”, conquistando melhor qualidade de vida. Isso posto, verificamos a existência de novos lugares, uma vez que:*

Os espaços ocupados podem ser os mesmos, mas é certo que todas as mudanças nele promovidas são acompanhadas por uma resignificação (sic) dos sentidos que lhe são atribuídos. São os mesmos espaços, mas diferentes lugares. [...] novos lugares continuam a aparecer, com suas novas significações (MOCELLIN, 2009, p.77 e 79).

Desse modo, a Medicina Tradicional, no momento atual ao contribuir para o surgimento desses novos lugares, não invalida a existência de outros, pois diante da flexibilização do tempo e do espaço, novos lugares continuaram a aparecer, juntamente com suas novas significações, relações e associações (AUGÉ, 2010). Esse fato pode ser constatado quando em uma das entrevistas que registramos junto ao Posto de Saúde, considerado um não lugar, um lugar de passagem, sem história, neutro, encontramos canteiros de plantas medicinais.

A população em geral, que procura ou não o atendimento no Posto de Saúde local, pode ter maior contato com as plantas medicinais, recebendo indicações de uso, cultivo, entre outros cuidados por aqueles que se empenham em cuidar da saúde de maneira mais humanizada, mais individualizada, com novas significações.

### 5.3 POSSÍVEIS DIÁLOGOS ENTRE O SABER POPULAR E CIENTÍFICO

O cansaço físico, mesmo que suportado forçosamente, não prejudica o corpo, enquanto o conhecimento imposto à força não pode permanecer na alma por muito tempo (PLATÃO, 427-347 a.C.).

Na busca de respostas para a pesquisa, um dos aspectos que pode auxiliar nesta discussão é investigar as possibilidades de diálogos entre os saberes dos representantes da Medicina Popular e da Medicina Tradicional. Tais práticas podem nos mostrar modos diferentes de cuidados no trato com plantas medicinais, neste momento de pós-modernidade, de fluidez de Modernidade em Movimento. Esse aspecto reforça a necessidade de investigar tais diálogos entre o saber popular, que não tem reconhecimento legal e o saber científico, que é legitimado pela academia. Dessa maneira, entendemos o diálogo, como “a possibilidade de se estabelecer intercâmbios entre diversas áreas de conhecimento humano” (FLORIANI, 2007, p. 106).

No decorrer da história da humanidade, em suas práticas diárias, o homem construiu conhecimentos, desenvolvendo assim uma ciência própria. Tal ciência pode ser

denominada como um conhecimento prático, empírico, resultado provavelmente de muita observação, que através de meios naturais possibilitou, ao longo dos séculos, o trabalho, a produção e a sobrevivência da espécie humana. Dentre estes conhecimentos, destacamos a utilização de plantas com fins medicinais, de maneira empírica ou até mesmo intuitiva, pela sabedoria popular.

Conforme referenciado no capítulo três existem diferentes definições e considerações sobre o termo popular. No entanto, Ribeiro (1995), salienta que nossa origem já revela a distinção entre o popular e o não popular, quando relata o surgimento de um novo modelo de estrutura societária, uma associação à população menos favorecida econômica e culturalmente, ou, como argumenta DaMatta (2004), a pessoa que não tem autoridade ou posição social a que chamamos genericamente “povo”.

Mas, o termo popular expressa, ainda, algo que vem do povo, da classe subalterna da sociedade e atende aos interesses desta classe. Também o encontramos atrelado à classe trabalhadora, no trabalho do povo. O popular também adquire um significado específico no mundo em que é produzido, a partir da ótica da cultura do povo.

Canclini (2000) alerta para a noção de popular construída pelos meios de comunicação, onde não interessa como tradição, ou seja, como algo que perdura. Desse modo, não interessa ao mercado e à mídia o popular e sim a popularidade. O popular é dessa forma o que vende, o que agrada multidões e não o que é criado pelo povo, para o mercado. Porém, o que tem popularidade na indústria cultural deve ser, após atingir o seu auge, relegado ao esquecimento, a fim de dar espaço a um novo produto que deverá ser acessível ao povo, ser do gosto do povo, enfim, ser popular. Porém, esse popular “é dado de fora ao povo” (CANCLINI, 2000, p. 261).

Dessas várias definições e considerações podemos compreender que o termo popular é muito abrangente e de difícil conceituação. Mas cabe destacar, dentre os vários aspectos em que o termo popular é utilizado, aquele que se refere à sabedoria popular, contida nos conhecimentos a respeito do mundo natural, sobrenatural, que foram acumulados ao longo do tempo e transmitidos principalmente por meio da oralidade de geração em geração. Esse conhecimento denominado de popular foi objeto de estudo desta pesquisa. Conforme afirma Canclini, (1983, p. 135) “o popular não deve por nós ser apontado como um conjunto de objetos, mas sim como uma posição e uma prática”.

Ainda segundo o autor, o sentido e o valor do popular se estabelecem por meio das relações sociais. Neste contexto se insere a Medicina Popular, pois tais saberes e técnicas foram e são utilizadas por pessoas simples, os ‘não instruídos’, mas que possuem um valor

inestimável. Explorando, experimentando e observando, o homem percebeu que algumas plantas eram capazes de combater as doenças, e por meio desta prática “criam e recriam um aspecto importante da cultura popular: o de produzir curas e o de tornar vivas e sólidas as relações entre as pessoas” (OLIVEIRA, 1985, p. 15), mesmo diante dos avanços ocorridos no meio científico, principalmente na área da saúde.

Esse conhecimento sobre a utilização de plantas medicinais é riquíssimo, mas está se perdendo, pois os detentores do saber popular, onde estão incluídas as comunidades tradicionais, em sua maioria constitui-se de pessoas idosas e há pouco interesse por parte dos mais jovens em aprender e propagar esses saberes. Outro aspecto apontado para a perda desta prática, segundo Benjamin (1994), é que o saber que vem de longe encontra nos dias atuais poucos ouvintes, pois compete com a informação sobre acontecimentos próximos, novos, consumíveis.

Os praticantes da Medicina Popular que fazem uso de plantas com fins medicinais são pessoas que detêm um conhecimento que, geralmente é adquirido por meio das gerações passadas, na maioria das vezes, pela prática da oralidade, isto é, sem registro escrito, conforme expresso no depoimento: “*aprendi com minha vó*” (entrevistada CP, 2015). No entanto, o envolvimento com a Pastoral da Saúde tem possibilitado o registro destes conhecimentos, mesmo que não seja, na sua totalidade, proporcionado a transmissão e preservação dos mesmos. Já os detentores do saber acadêmico e do conhecimento científico tiveram uma formação pautada em registros, experimentos e no rigor dos procedimentos científicos. Porém, alguns destes profissionais no exercício de sua profissão, também são adeptos ao uso e indicação de plantas com fins medicinais para a cura de males físicos e até mesmo psíquicos, desenvolvendo o que a OMS classifica como Medicina Tradicional.

Partindo dessa prerrogativa, a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, os profissionais de saúde e os políticos foram alertados para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde. No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde começaram a ocorrer a partir da década de 80, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Desde então, diversas medidas administrativas foram tomadas pelo Ministério da Saúde para a implantação e fortalecimento do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, culminando na aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006.

O Prof. Dr. Francisco José de Abreu Matos afirma que com a aprovação e adoção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, abre-se, oficializa-se

e legitima-se o acesso ao conhecimento do uso de plantas para fins medicinais. Essa política reforça o uso dessas plantas de modo correto na recuperação e manutenção da saúde, oportunizando dessa maneira, o fortalecimento do diálogo e prática entre formas diferentes de saber, como o saber popular e o saber científico, bem como, os princípios da universalidade e da integridade do SUS. Este pode ser considerado o acontecimento mais marcante do milênio na área da saúde, vinculado ao uso de plantas medicinais (BRASIL, 2006). Porém, a execução destas políticas não ocorre na sua totalidade, como se constatou nesse depoimento:

*[...] eu queria trazer para dentro da secretaria da saúde, até porque já temos plantas autorizadas, queria ver se conseguia que a secretaria fornecesse e os médicos comesçassem a prescrever e até porque já temos um médico que prescreve muita coisa natural como: guaco, espinheira santa, passiflora ele já utiliza há muito tempo e eu queria ver se conseguia distribuir no SUS, mas ainda não consegui (entrevistada BT, 2015).*

Percebemos no relato acima que, mesmo diante da importância de todos os avanços alcançados no trato com plantas medicinais e o reconhecimento obtido por essa política nacional, existe ainda dificuldade de inserir a prescrição de plantas medicinais no SUS devido a alguns aspectos previstos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Tal política prevê que a qualificação, em Plantas Medicinais e Fitoterapia, - deverá ser em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, destacando as normas, regulamentação e dos cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos; cursos específicos para profissionais de saúde de nível universitário, detalhando os aspectos relacionados à manipulação de fitoterápicos, de acordo com as categorias profissionais e cursos específicos para profissionais de agronomia detalhando os aspectos relacionados a toda cadeia produtiva de plantas medicinais (BRASIL, 2006).

Conforme observamos, a PNPIC acaba por impedir a inclusão das ervateiras no trabalho direto junto ao SUS, uma vez que estas não integram nenhuma categoria profissional desse sistema. Neste contexto, encontram-se as entrevistadas desta pesquisa, detentoras desses saberes cuja “identidade é vivida de dentro de sua cultura, e, mais particularmente, da sua categoria profissional, mas é afirmada politicamente de fora” (OLIVEIRA, 1985, p. 63), necessitando ainda legalizar, legitimar, comprovar para a ciência seus saberes, como relata a entrevistada AT:

*[...] nossa ideia no começo era ter um espaço na Secretaria Municipal de Saúde, para que essas senhoras pudessem estar atendendo a população, isso seria o ideal, só que elas não podem receitar aqui dentro. Elas teriam que ter uma formação, elas*

*só podem indicar pela pastoral da saúde. A pastoral tem amparo, mas se não é na pastoral elas não poderiam receitar (entrevistada AT, 2015).*

Desta maneira, as plantas medicinais e seus derivados são utilizados tanto pelo conhecimento popular como pelo conhecimento científico, que durante muitas décadas foi muito resistente ao uso destas plantas, como formas de tratamento terapêutico. Nos dias atuais, ainda há conflitos entre essas formas de conhecimento, mas também há interação. Essa relação vem acontecendo principalmente por meio de instituições como a Igreja Católica, na formação de grupos como, as Pastorais da Saúde. Nesses encontros há diálogo entre os saberes, isto é, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, sendo apontado pelos participantes como essencial para o aprimoramento, manutenção e transmissão destes conhecimentos.

*[...] começamos a participar da pastoral, para dar um ânimo, levando o conhecimento acadêmico e juntando ao conhecimento popular que essas senhoras trazem com o conhecimento científico que eu adquiri e é claro que isso tem de ser aos poucos, tem algumas coisas que divergem, mas mostrando o que se pode melhorar e aprendendo com elas deu um casamento legal (BT, 2015).*

O diálogo também ocorre entre os praticantes da Medicina Popular (figura 8), sendo que estes encontros podem acontecer nas sedes das pastorais, nas feiras, nas visitas à casa de conhecidos, entre outros. Participamos de um destes encontros, em que uma das entrevistadas recebeu em sua residência um grupo de integrantes da pastoral de outro município. Neste encontro todos os que estavam presentes faziam uso e indicavam plantas medicinais. O diálogo foi construído em meio a muita conversa, pois todos queriam expor suas experiências no trato com plantas medicinais. Reafirmamos, neste momento, as palavras de Benjamin (1994, p. 200) quando diz que “o conselho tecido na substância viva da existência de quem sabe e pode narrar à história, tem um nome: sabedoria”.

Nesse encontro, a sabedoria, e todo o conhecimento exposto naquele momento foram transmitidos por meio da oralidade, tendo a “memória, como musa da narrativa” (BENJAMIN, 1994, p. 211). Nestes relatos, “seu talento vem da sua experiência” (BOSI, 1999). A verdadeira experiência é falante, não se cala, mas emudece aos ouvintes, a riqueza contida neste momento é impossível de mensuração, é “a faculdade de intercambiar experiências” (BENJAMIN, 1994, p. 198), como se estivéssemos em uma biblioteca milenar a céu aberto. Foram tantas informações que poderíamos “ouvir outro tanto ou muito mais, pois lembrança puxa lembrança” (BOSI, 1999, p. 03).

Figura 8 – Encontros e Diálogos entre as praticantes da Medicina Popular.



Fonte: Dados da pesquisadora (2015).

Nesse intercâmbio de experiências, ainda que a Medicina Popular não possua uma comprovação científica, pois, na maioria das vezes, o conhecimento foi adquirido geralmente por meio das gerações e transmitido pela prática da oralidade. Os que a praticam, principalmente nos dias atuais, buscam referendar, inovar, comparar ou até mesmo legitimar esses conhecimentos por meio dos registros provenientes do meio científico, seja pela participação em cursos de aperfeiçoamento ou por meio de publicações, notícias, documentários, entre outros. Nesse encontro constatamos que, mesmo diante do diálogo pautado no relato das experiências, por meio da oralidade, também houve a utilização, pelos participantes, de material impresso. Tal material foi usado como um recurso de apoio, como se as informações contidas pudessem legitimar seus conhecimentos, confirmando assim o diálogo entre os saberes científico e o popular, onde a participação do conhecimento científico aconteceu por meio dos registros, obtidos geralmente por experimento e divulgado em um texto.

Portanto, a velocidade predominante na maioria de nossas ações onde “o antigo pode ser substituído pelo tradicional e o moderno pelo recente ou novo” (LE GOFF, 2003, p. 174), estão ocasionando mudanças nas relações do passado com o presente. A utilização de registros, por meio da escrita, nestes diálogos onde na transmissão do conhecimento predomina a oralidade, e esta se faz pela memória e pela sabedoria, nos mostra que as mudanças ocorridas neste momento de liquidez, nesta Modernidade em Movimento, atingem

as práticas da Medicina Popular. No entanto, ainda não há uma substituição do passado pelo presente, nem do tradicional pelo moderno. Observamos, porém, um cenário de complementação, de interação, de movimento, um encurtamento no distanciamento historicamente construído entre esses saberes, e até mesmo entre modernidade e tradição, apesar das inseguranças existentes, uma vez que, estar na “pós-modernidade, não significa ser um pós-modernista” (BAUMAN, 2011, p. 321). Esses diálogos aumentam as possibilidades nos cuidados com a saúde.

Atualmente observamos que o confronto entre os saberes não ocorre de forma tão enfática, pois finalmente concluiu-se que *“uma coisa não existe sem a outra (entrevistada CT, 2015)”*. A diferença, no entanto, persiste na questão burocrática, isto é no cumprimento das bases legais na indicação e utilização de plantas com fins medicinais, pois mesmo que a academia procure não desqualificar esses saberes, há sempre a busca e a necessidade pela comprovação destes conhecimentos, principalmente por exigência legal. Como afirma Oliveira (1985), a igualdade é proposta por parte da medicina, da ciência e do poder, nunca da cultura popular. Apesar das dificuldades impostas historicamente pela necessidade de legitimação destes conhecimentos, mesmo que ainda presente, nos dias atuais há mais abertura, aceitação e reconhecimento pelos meios acadêmicos, como relata a entrevistada AT.

*[...] as pastorais passaram pelo período que eram meio escondidas, desacreditadas. Mas hoje elas são respeitadas, principalmente pelo mundo acadêmico. Os acadêmicos durante muito tempo desprezavam o trabalho das pastorais. Hoje tem pessoas dentro do mundo acadêmico que respeitam e buscam o conhecimento das mulheres e as apoiam e isso é um ganho. Esse movimento é mundial, nacional e local. Pessoas com formação acadêmica muito envolvidas (entrevistada AT, 2015).*

Se por um lado há o engajamento de representantes da Medicina Tradicional e da Medicina Popular em dialogar, buscando fortalecer os laços entre esses saberes, por meio de encontros, feiras, cursos de aperfeiçoamento, por outro, o diálogo também pode emergir significativamente no espaço construído, pois o espaço pode transmitir mais informações aos seus usuários do que podemos imaginar. Todo espaço conta sua história, pois “um espaço pode conter diferentes lugares” (MOCELLIN, 2009, p. 78) e cada lugar possui uma relação entre passado, presente e futuro, uma memória e, de certa forma, as pessoas encontram, nos lugares, os fragmentos que necessitam para comporem suas histórias e confirmar suas identidades, seus pertencimentos. Essa possibilidade de diálogo foi constatada nestes espaços (figura 9 e 10).



Figura 9 – Diálogo de Saberes: Popular e Científico em horto de Plantas Medicinais.



Fonte: Dados da pesquisadora (2016).

Na figura 9, encontramos um horto com plantas medicinais construído a partir da parceria, interesse e diálogo do conhecimento popular e do conhecimento científico. Neste espaço, há interação destes saberes, inclusive com fornecimento de mudas para plantio e de plantas para uso imediato à população, bem como a transmissão destes saberes. Sendo também, um espaço de vivência e acolhimento aberto à visita da população em geral, aproximando assim, esses saberes na discussão sobre o uso e indicação de plantas com fins medicinais.

No local apresentado na figura 10 abaixo, encontramos um horto de plantas medicinais, construído junto a outro espaço denominado *academia de saúde*, estes, próximos ao posto de saúde local. Esse espaço, também possibilita o diálogo entre saberes, pois, se localiza junto a Secretaria Municipal de Saúde, onde há o Posto de Saúde que representa o conhecimento científico, local onde as pessoas buscam por atendimento, geralmente para tratar de sua saúde. Porém, ao saírem de lá transitam pelos canteiros com plantas medicinais que representam a Medicina Popular e recebem informações dos atendentes de saúde sobre a utilização destas plantas. Dessa maneira, podem fazer uso das mesmas, adquirindo junto ao horto da Pastoral de Saúde do município. Estes dois espaços fazem parte das atividades desenvolvidas pelas entrevistadas (BP e BT).

Figura 10 – Espaço que propicia diálogos entre Medicina Popular e Medicina Tradicional.



Fonte: Dados da pesquisadora (2015).

Na construção do referido espaço, a entrevistada BT nos relatou que aproveitou a oportunidade para inserir o canteiro de plantas medicinais próximo ao Posto de Saúde, com isso facilitando o acesso e procurando despertar o interesse da população para a utilização, valorizando inclusive os aspectos culturais presentes nesta prática, conforme o relato baixo:

*[...] nessa unidade de saúde já temos um espaço onde cultivamos plantas medicinais, temos bastantes plantas. Há uma busca grande, pois como o posto de saúde é aqui ao lado, já foi traçado de maneira estratégica. Pois temos o posto, a academia de saúde e o horto. Então, as pessoas estão sempre em contato com o horto. Então, elas se interessam, perguntam, já levam muda, ensino como usar' (entrevistada BT, 2015).*

No entanto, cabe ressaltar que o simples encontro entre sujeitos, seja do meio acadêmico ou popular, ou entre ambos os saberes, não gera diálogo, pois para que isto aconteça não pode haver preconceito, distinção, obrigação e imposição de uma das partes. O diálogo, a comunicabilidade, o intercâmbio de experiências tem o poder de tirar o sujeito do anonimato, seus saberes produzidos ou adquiridos por meio das gerações o aproximam de outros sujeitos, melhorando sua autoestima, resgatando seus saberes, bem como contribuindo para seu bem estar físico e mental, além de garantir a manutenção e transmissão destes conhecimentos. Sobre isso, diz a entrevistada AT:

*[...] às vezes no grupo de idosos, nos relatos de fim de ano, você ouve relatos como: eu estava numa depressão terrível, agora que tenho minha horta eu não tenho mais depressão. Então, é um resultado bem interessante. A pessoa está indo lá, está contribuindo, fazendo mudas, há troca de saberes, ela se sente útil. Outro dia teve um senhor que faz parte do grupo, que diz que hoje se sente mais útil que quando era fiscal da Fazenda. Que entrou no grupo conhecendo duas plantas e hoje já conhece várias plantas já ensina aos outros.*

Neste contexto, percebemos as possibilidades existentes de diálogo, proporcionando uma interação e complementação entre os diferentes saberes, sujeitos e lugares. Essa interação está fortalecendo a prática com plantas medicinais tanto pelos praticantes da Medicina Popular como pelos profissionais da Medicina Tradicional que fazem uso das plantas medicinais, pois esses buscam uma prática centrada no diálogo, na solidariedade, na aceitação do saber do outro, no respeito pela memória, cultura e tradição. Para os participantes desta pesquisa, o diálogo destes saberes implica na construção conjunta do conhecimento, no intercâmbio de experiências, onde há disposição de ensinar e aprender com o outros, sem haver imposição de soluções já prontas. Acontece numa relação horizontal em que nenhum é melhor ou mais que o outro.

## 6 MODERNIDADE EM MOVIMENTO: O ENCONTRO ENTRE O POPULAR E O CIENTÍFICO NO TRATO COM PLANTAS MEDICINAIS

Creio que a experiência humana é mais rica do que qualquer uma de suas interpretações, pois nenhuma delas, por mais genial e “compreensiva” que seja, poderia exauri-la. Aqueles que embarcam numa vida de conversação com a experiência humana deveriam abandonar todos os sonhos de um fim tranquilo de viagem. Essa viagem não tem um final feliz – toda a felicidade se encontra na própria jornada (BAUMAN, 2004, p.320).

O texto de Bauman, em epígrafe, nos remete ao momento atual deste estudo, quando misturamos sentimentos de angústia e ansiedade diante da trajetória percorrida. Frente ao desafio de colher, analisar e interpretar dados, surgem temores próprios de quando estamos falando de experiências humanas. Como afirma Bauman (2004, p.320), “aqueles que embarcam numa vida de conversação com a experiência humana deveriam abandonar todos os sonhos de um fim tranquilo de viagem”. Porém, o mesmo autor também nos conforta quando afirma que nenhuma interpretação, por mais genial que venha a ser, pode dar conta da riqueza contida nas experiências humanas.

Em especial neste caso, em que os referenciais de pesquisa são principalmente as lembranças de práticas milenares transmitidas por meio de gerações, esta condição de ansiedade se expande, exigindo alguns fechamentos em torno do tema central, para que não nos distanciemos do objeto de estudo em favor das múltiplas experiências que se apresentam no campo de pesquisa, quando o assunto emerge da identidade, da cultura ou da memória dos sujeitos investigados.

Em busca de seu objetivo geral, de compreender como as rápidas mudanças ocorridas na pós-modernidade influenciam a manutenção, a transformação ou o apagamento das práticas com plantas medicinais, este trabalho, inicialmente, apresentou uma síntese histórica de como o uso destas plantas tem orientado práticas de muitos povos, ao longo do tempo. Além disso, trouxe bases teóricas sobre o conhecimento tradicional popular e sobre o manejo e uso de plantas no decorrer do tempo em diferentes espaços, evidenciando que, por suas características tácitas e empíricas, este conhecimento popular representa um importante acervo de saber e de experiências. Apesar disso, o conhecimento popular está sujeito ao desaparecimento, em virtude do fenômeno da Pós-Modernidade, aqui denominado Modernidade em Movimento, que tem impulsionado frenéticas mudanças, muitas vezes, irreversíveis, nas mais variadas práticas.

O estudo mostrou também que o uso e indicação de plantas com fins medicinais pela Medicina Popular estão inseridos no meio oficial científico, promovendo a alteração de concepções e conceitos entre profissionais com formação acadêmica, como, por exemplo, o conceito de doença. Além disso, foi possível perceber espaços de manutenção da tradição, por meio de ações efetivas e contínuas, como a Pastoral da Saúde, feiras, cursos, palestras, entre outros, que produzem novas formas de interação social, a exemplo de ações comunicativas que se estendem para outras regiões, agregando pessoas que nem sempre estão envolvidas com o tema, intensificando os intercâmbios com grupos que não atuam na área. Nesses encontros, há diálogo entre os saberes, isto é, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, o que é apontado pelos participantes como essencial para o aprimoramento, manutenção e transmissão destes conhecimentos.

Partindo destas evidências apontadas no estudo, este capítulo destina-se a abordar alguns aspectos que representam formas de diálogo entre os saberes popular e científico, mostrando as interações, divergências e formas de legitimação destes saberes, no contexto do fenômeno da Modernidade em Movimento. Este possível diálogo é permeado pela memória, pela identidade e pela cultura dos sujeitos, tanto aqueles não instruídos, que adquiriram seu conhecimento pela tradição, quanto os instruídos, que se amparam na ciência formal.

O trabalho de campo realizado para este estudo revelou que as práticas com plantas medicinais acontecem em meio a um cenário plural, configurado ora pelas ervateiras, que adquiriram suas práticas por meio da tradição das gerações, ora por profissionais com formação acadêmica, que buscam o conhecimento popular e o aproximam do científico para embasar suas práticas. Nesta pluralidade, observam-se pontos de aproximação, assim como aspectos que distanciam os sujeitos que utilizam as plantas medicinais para fins terapêuticos.

A figura 11, que descreve as características de cada grupo estudado dentro de determinadas categorias, permite avançar nesta análise de aproximações e diferenças entre os sujeitos que praticam o uso de plantas medicinais a partir do conhecimento popular e aqueles que fazem uso destas plantas pela via do conhecimento científico. Em várias categorias, fica evidenciado que, em especial, a memória é não somente elemento de perpetuação dos saberes, mas também fonte de dados para o avanço do conhecimento científico.



Figura 11 – Características dos grupos de sujeitos da Medicina Popular e da Medicina Tradicional.

<b>Categoria</b>	<b>Medicina Popular</b>	<b>Medicina Tradicional</b>
Faixa etária	57 a 69 anos	38 a 52 anos
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior
Aquisição do conhecimento sobre medicinas	-Pela memória (de geração em geração); -Pelo diálogo com os profissionais da Medicina Tradicional.	-Pelo diálogo com os praticantes da Medicina Popular; -Pelo conhecimento científico
Formas de registro do conhecimento	-Pela memória, com a oralidade o fazer; -Poucos registros escritos.	-Registros escritos (artigos, leis, protocolos, outros).
Formas de legitimação do conhecimento	-Eventos, geralmente promovidos por pessoas do conhecimento científico; -Materiais bibliográficos produzidos pelos sujeitos do grupo do conhecimento científico.	-Documentos oficiais; -Produção científica.
Formas de diálogo	-Troca de experiências entre as praticantes da Medicina Popular; -Troca de saberes com os sujeitos da Medicina Tradicional	-Troca de saberes com os sujeitos da Medicina Popular
Fonte de interesse	-Vivências da infância (memória, identidade, cultura);	-Vivência na família, repercutindo no exercício profissional e levando à busca científica.
Formas de transmissão dos saberes	-Oralidade; -Prática (construção de hortos); -Eventos	-Palestras; -Materiais informativos; -Trabalhos acadêmicos; -Eventos.
Espaços de difusão	-Própria residência; -Distribuição de mudas dos hortos; -Pastoral da saúde; -Feiras.	-Locais de trabalho; -Palestras; -Publicações; -Distribuição de mudas dos hortos;
Agentes envolvidos	-Pastoral da saúde; -Órgão de extensão rural	-Pastoral da saúde; -Sistema Único de Saúde
Status dos membros	-Referências na comunidade, município e região; -Sem amparo legal, pela ausência de titulação.	-Referência como profissionais com formação acadêmica; -Com amparo legal.
Concepção de doença	-Visão integral do ser humano; -Anteriormente, procura para males físicos; -Atualmente, procura por males psíquicos.	-Visão integral do ser humano; -Atualmente, procura por doenças neurológicas, psicossociais e metabólicas.
Espaço de práticas	-Construído a partir da história e da cultura, com significações.	-Novo espaço, novo lugar.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir de dados de campo (2016).

Nos dias atuais, com a aprovação de políticas que legitimam e oficializam o acesso ao conhecimento do uso para plantas com fins medicinais, estes diálogos promovem uma troca de saberes.

Paradoxalmente, essas políticas também impedem a inclusão dos praticantes da Medicina Popular no trabalho direto junto ao SUS, uma vez que estas pessoas não possuem

cursos específicos na área da saúde. Apesar deste aspecto, é possível observar um cenário de complementação, de interação, de movimento, um encurtamento na distância historicamente construída entre esses saberes, fortalecendo a prática com plantas medicinais tanto pelos praticantes da Medicina Popular como pelos profissionais da Medicina Tradicional que fazem uso das plantas medicinais. A diferença, no entanto, persiste na questão burocrática, isto é, no cumprimento das bases legais na indicação e utilização de plantas com fins medicinais, pois mesmo que a academia procure não desqualificar esses saberes, há sempre a busca e a necessidade de comprovação científica.

No entanto, cabe ressaltar que o simples encontro entre os sujeitos e entre ambos os saberes, não gera diálogo. É preciso que este diálogo e o intercâmbio aconteçam sem preconceito, distinção, obrigação ou imposição de uma das partes. Mesmo que a academia procure não desqualificar o conhecimento popular, sua posição legitimadora é instituída, ainda que de maneira, velada, nestes encontros. No entanto, estes intercâmbios fortalecem os laços entre os dois saberes, promovendo, para muitos, uma troca de saberes ou uma união de saberes. O diálogo também pode emergir no espaço construído, que pode transmitir mais informações do que podemos imaginar. Cada lugar traz uma relação de passado, presente e futuro, onde encontramos fragmentos com os quais nos identificamos. Os espaços em que ocorrem as práticas com plantas medicinais são repletos de significados e são espaços de difusão, transmissão e manutenção destes saberes. Esses lugares são os quintais ou hortos construídos a partir da integração entre a Medicina Popular e a Tradicional, os canteiros nos postos de saúde, a distribuição de mudas, os encontros entre os grupos. Em todos estes lugares há diálogo, interação e complementaridade.

Portanto, o diálogo entre os saberes popular e tradicional ocorrido nos diversos espaços e lugares mencionados na pesquisa são importantes na medida em que ambos crescem e são beneficiados, numa clara relação de complementariedade reconhecida pelos próprios sujeitos da pesquisa. As mulheres de posse de saberes populares, adquirem novos conhecimentos e dominam novas técnicas que reafirmam e referendam seus prestígios e as suas credibilidades diante da comunidade e do poder local. Dessa forma, o suposto poder que detinham no passado é reafirmado mediante os novos conhecimentos e técnicas que diversificam o uso das plantas medicinais aumentando assim a sua eficácia.

Há, portanto, uma interdependência inegável entre memória, identidade e cultura. Tais processos, conforme apontado por Hall (2003) não são inatos, mas construídos historicamente a partir das relações sociais. A memória, que não necessariamente está relacionada ao reviver das experiências do passado, permite refazer e reconstruir as

experiências pretéritas, a partir dos conhecimentos e dos sistemas de valores atuais. A partir da memória, tem-se a possibilidade de revisitar o passado, abraçar as lembranças, e com base no contexto atual, projetar o futuro. A memória expressa por meio da oralidade tem papel fundamental na transmissão e difusão do saber, estabelecendo pontes entre as gerações, além de conferir ao indivíduo a formação da sua identidade, na medida em que o identifica a um ou mais sistemas de valores, conferindo-lhe um lugar de pertencimento. A memória reforça a identidade do indivíduo, pois lhe permite se filiar a um determinado lugar, desenvolvendo um pertencimento cultural. Memória e identidade estão, portanto, intimamente relacionadas aos processos sociais, às imagens construídas e as experiências vividas ao longo da vida.

A identidade por sua vez, ou as identidades conforme preferem alguns autores, se fazem a partir dos processos culturais a que o indivíduo participa. A cultura é um componente central da identidade, uma vez que essa não pode se constituir sem a presença de um meio cultural socializado, conforme nos alertou Laraia (2007).

Memória, identidade e cultura, apesar de apresentarem suas especificidades, compõem um tripé indissociável na formação social do indivíduo. No entanto, tais processos não podem ser entendidos numa perspectiva rígida, sólida ou fixa, pois conforme adverte Bauman (2005) não são definitivos. Tais processos são, portanto, dinâmicos e contínuos, em constante movimento e evolução, como qualquer processo social e devem ser entendidos na sua pluralidade. Destarte, um mesmo indivíduo apresenta diferentes identidades, dependendo do momento e do lugar em que se encontra. O mesmo poderia se dizer da cultura, uma vez que não há uma cultura definida, mas diferentes sistemas culturais que se inter cruzam e interagem nesse tempo de Modernidade em Movimento.

Diante do exposto cabe um esforço na tentativa de buscar compreender os processos de memória, identidade e cultura em tempos de Modernidade em Movimento. Conforme foi possível constatar na presente pesquisa, a memória dos sujeitos envolvidos, com predominância do sexo feminino, constitui-se um instrumento vital para a difusão do saber e a sua perpetuação ao longo das gerações, por meio da oralidade. Obviamente esse conhecimento e esse saber, com relação ao uso de plantas medicinais, ao mesmo tempo em que é evocado como uma herança de tempos vividos é ressignificado a partir dos novos conhecimentos acessados. Em tempos de Modernidade em Movimento, a evolução técnico-científica trouxe e traz diariamente um volume cada dia maior de conhecimentos e informações que estão disponíveis graças à massificação da informação pelos diferentes meios de comunicação.



É impossível mensurar até que ponto os novos conhecimentos e informações, os diversos sistemas de valores que interagem com essas mulheres podem interferir na formação de suas identidades. Porém, conforme dito anteriormente, se há várias identidades possíveis que um indivíduo pode assumir, a depender das circunstâncias em que se encontra, não há porque pensar em uma identidade única, sólida ou imutável. Pelo contrário, ao admitir que os diversos sistemas culturais mudam, pois são construídos socialmente, assim também devemos admitir que as identidades mudam, sem necessariamente perderem suas raízes ou sua essência. Neste sentido, os lugares construídos e frequentados por essas mulheres, o contato permanente entre elas e a troca de experiências com relação ao cultivo, coleta e uso das plantas medicinais, conforme se constatou ao longo dessa pesquisa, são atividades que reforçam seus sentimentos de pertencimento e auxiliam na construção de suas identidades.

Assim, pode-se perceber ao longo dessa pesquisa, que os conhecimentos adquiridos pelas mulheres ervateiras de seus antepassados e que são elementos centrais na constituição de suas culturas e identidades, não se extinguiram. Eles continuam formando a base das suas práticas no uso das plantas medicinais. Porém, foram acrescidos de novos conhecimentos e técnicas advindos dos conhecimentos que foram sendo por elas apropriados ao longo do tempo. Esse fato pode ser observado quando relatam que, através de cursos e treinamentos, aprenderam a fazer pomadas e tinturas, dentre outras técnicas, que permitem um uso mais diversificado e, portanto, mais eficaz das plantas medicinais.

Esse processo de produção de novos conhecimentos, de mudança técnica e científica tende a se acelerar em tempos de Modernidade em Movimento. No entanto, a pesquisa mostrou que não houve a extinção dos processos de memória ou de identidade dessas mulheres, mas, ao contrário, identificou a ressignificação e até mesmo a validação dos saberes populares, na medida em que suas aplicações e seus resultados puderam se tornar mais eficazes, caracterizando assim a Modernidade em Movimento.

Os tempos de Modernidade em Movimento, marcados pelo volume crescente de informações e conhecimentos, pela fluidez das ideias e dos sistemas de valores, por certo modificam os processos culturais e identitários das mulheres ervateiras. No entanto, tais modificações são importantes para garantir a ressignificação e atualização dos saberes populares que, sendo permeáveis aos novos conhecimentos, podem se renovar e se reinventar de forma a garantir a sua continuidade e permanência ao longo do tempo.

Essas práticas populares, que já foram ignoradas ou tratadas com descrédito, chegando à invisibilidade social, nos dias atuais, ganharam visibilidade, principalmente com aprovação de políticas no âmbito federal. Essas políticas públicas buscam a integração do ser

humano com o meio ambiente e a sociedade, ampliando a visão acerca dos conceitos saúde-doença e buscando a promoção integral do ser humano. Estimulam, referendam e autorizam a utilização de plantas com fins medicinais, bem como estreitam as relações entre o conhecimento popular e o científico, promovendo diálogos entre estes saberes.

A união ou a complementação entre os saberes é significativa tanto para a Medicina Popular, que assim consegue registrar, legitimar, concretizar suas práticas e ter um espaço para expor seus conhecimentos, como para o conhecimento científico, aqui representado pela Medicina Tradicional, que tem nestes processos uma fonte inesgotável de conhecimento e possibilidades de novas pesquisas.

Assim, propomos a representação dessa interação dos saberes popular e científico, por meio de uma engrenagem, na qual um saber não acontece sem o outro, conforme mostra a figura 12.

Figura 12 – Interação entre saberes sobre plantas medicinais.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016).

Além disso, propomos que a manutenção dessa interação entre os saberes, pode ser favorecida em tempos de Modernidade em Movimento, por meio de ações que legitimem essas práticas. Essas ações de legitimação, por sua vez, devem atender a legislação vigente. Pois, mesmo havendo políticas que legitimem esses conhecimentos, é necessário se fazer uso destas políticas e da abertura proporcionada por elas, é necessário ainda que sejam de fato,

colocadas em prática e ampliadas em nível local. É preciso ainda instituir políticas públicas locais, traçadas no âmbito municipal, como forma de aproximar o saber popular da legitimação.

Essa legitimação no âmbito municipal poderá garantir que ações em curso, como o diálogo entre os saberes que observamos nesta pesquisa, possam ter continuidade, independentemente de interesse pessoal, principalmente dos profissionais envolvidos, pois a mudança destes, muitas vezes dificulta a continuidade de um trabalho. Neste sentido, a existência de uma política local, possibilitará a continuidade destas ações. Constatamos que há várias ações que acontecem na tentativa de manutenção, transmissão e perpetuação destas práticas. Porém, estas ocorrem de maneira isolada, e dependem do interesse pessoal das pessoas envolvidas, tanto na Medicina Popular, como na Medicina Tradicional.

Na prática, o município deverá construir uma política pública, que inclua, na Política Municipal de Saúde, as práticas e saberes dos detentores de conhecimentos tradicionais sobre plantas com fins medicinais, isto é, a Medicina Popular.

Figura 13 – Fluxograma para gestão e manutenção da Medicina Popular.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016).

A inserção da Medicina Popular na Política Municipal de Saúde poderá assegurar a manutenção, transmissão e perpetuação desses conhecimentos, evitando que ações isoladas e não legitimadas se percam. Essa legitimação possibilitará o desenvolvimento de ações no âmbito da educação escolar, com disciplina ou temas transversais como educação ambiental com enfoque nestas práticas, observando o uso sustentável e a conservação do meio ambiente, resultando, por exemplo, em registros destes conhecimentos, levantamentos etnobotânicos, indicação e uso de maneira correta das plantas com fins medicinais. Neste sentido, a

existência de uma política local, possibilitará a continuidade das ações e a manutenção da tradição, ressignificada pelos novos movimentos sociais e culturais, presentes na Modernidade em Movimento.

Diante do exposto, destacamos que a proposta de legitimar a prática da Medicina Popular em âmbito municipal tem, como objetivo principal, assegurar a manutenção e transmissão desses saberes, contemplando, dessa maneira, um dos aspectos da Medicina Popular, que consiste no uso de plantas com fins medicinais na forma de chás, garrafadas, tinturas, xaropes, reconhecidos pela sua eficácia. No que tange à subjetividade destas práticas, que envolve o mágico e onde se faz presente o inexplicável, o oculto que nos instiga, entendemos não ser pertinente sua legitimação, pois este é de caráter sagrado, não sendo objeto desta pesquisa.

Por outro lado, há outros desafios a serem vencidos, como a carência de profissionais na área da saúde, pois esta formação fundamenta-se no saber científico e o que se observa é que as universidades ainda priorizam o modelo Biomédico ou a Medicina Moderna, o que contribui para a resistência à mudanças, como a inserção de conteúdos e/ou disciplinas que contemplem os conhecimentos sobre plantas medicinais.

Independente das limitações, este estudo permitiu à pesquisadora compreender melhor e avaliar que, apesar dessa dinâmica acelerada do momento histórico, não se pode negligenciar questões que norteiam o processo de construção e obtenção desse conhecimento popular, as diferentes visões de mundo dos atores, a linguagem, as competências e as barreiras que eles devem transpor para ocorrer essa interação entre os saberes populares e tradicionais ou tradicionais e oficiais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo tema desta pesquisa decorreu de vivências pessoais, acadêmicas e profissionais, especialmente como professora de Biologia, oportunidades em que se pôde observar e, por vezes, participar de atividades relacionadas ao uso de plantas para fins medicinais.

Na condição de pesquisadora e motivada pelo momento atual, em que constatamos uma rapidez no acesso às informações e na modificação de conceitos e práticas, buscou-se compreender como o contexto atual, em constante movimento, pode influenciar as práticas do uso de plantas medicinais, derivadas, principalmente, dos saberes seculares transmitidos de geração em geração.

Os saberes populares, que incluem o trato com plantas medicinais, são, a cada dia, mais reconhecidos e valorizados pela sociedade. Tais saberes resultam da observação, da experimentação e do trabalho realizado ao longo de muitas gerações e, portanto, testados e validados pela eficácia dos seus usos. Mesmo imersos numa Modernidade em Movimento, momento em que a sociedade se caracteriza pelo fluxo constante e veloz de informações e objetos, os saberes tradicionais sempre estão presentes.

Assim, parto do pressuposto de que as pessoas que praticam o cultivo e uso de plantas medicinais produzem um espaço de memória, onde preservam e difundem um saber instituído, transmitido de geração a geração. No entanto, o fenômeno pós-moderno poderia estar provocando uma modificação nas formas pelas quais estes saberes se transmitem, provocando alterações na identidade dos sujeitos ligados a estas práticas, bem como em suas memórias e cultura.

Para comprovar essa hipótese, desenvolveu-se como objetivo geral compreender como as rápidas mudanças ocorridas influenciaram a manutenção, a transformação ou o apagamento das práticas com plantas medicinais. Para cumprir essa tarefa, realizaram-se pesquisas bibliográficas, que nos deram suporte teórico para entender esse período, nesta tese caracterizado como Modernidade em Movimento; e, também, pesquisas de campo, momento no qual se teve acesso direto aos grupos informais (ligados à Medicina Popular) e formais (ligados à Medicina Tradicional), podendo se avaliar os diversos elementos identitários de permanência e alterações ocorridos na prática com plantas medicinais.

Com a investigação, foi possível produzir uma síntese histórica sobre o uso de plantas no trato de doenças, e como essa utilização tem orientado práticas de muitos povos, ao longo do tempo.

Refletiu-se, ainda sob uma perspectiva teórica, sobre a relação entre memória, identidade e cultura nas práticas com uso de plantas medicinais. Pois tais processos, conforme apontado por Hall (2003), não são inatos, mas construídos historicamente a partir das relações sociais. Para Le Goff (2003), é através da memória que reevocamos as coisas passadas, abraçamos as presentes e contemplamos as futuras com base no que passou. A identidade, por sua vez, insere-se de forma diversa e fragmentada em um sujeito que antes apresentava uma identidade estável e menos maleável (HALL, 2003). Esse movimento de aceleração da fragmentação identitária se faz a partir dos processos culturais dos quais o indivíduo participa. A cultura é um componente central da identidade, uma vez que essa não pode se constituir sem a presença de um meio cultural socializado, conforme nos alertou Laraia (2007). Há, portanto, uma correlação inegável entre memória, identidade e cultura. No entanto, tais processos não podem ser entendidos numa perspectiva rígida, sólida ou fixa, uma vez que, conforme adverte Bauman (2005), não são definitivos. Tais processos são, portanto, dinâmicos e contínuos, em constante movimento e evolução, como qualquer processo social, e devem ser entendidos na sua pluralidade.

Abordou-se, também, a manipulação das plantas medicinais como movimento e prática social em tempos de Modernidade em Movimento, uma sociedade perceptivelmente cada vez mais preocupada com saúde e bem-estar. Nessa sociedade, as contribuições que o uso de plantas medicinais podem trazer são cada vez mais consideradas e validadas. É importante buscar a reflexão e o entendimento de que ambos os conhecimentos, o popular e o científico, com relação ao uso das plantas medicinais, são complementares e não excludentes.

Não somente os conhecimentos práticos, mas, sobretudo, a forma como as pessoas que trabalham com o uso de plantas medicinais tratam seus “pacientes”, bem como as relações que se estabelecem nesses processos, são importantes aspectos que podem contribuir para a humanização da saúde. Conforme pode se observar, a Medicina Moderna padece de uma visão eminentemente mecanicista da saúde e, nesse sentido, a Medicina Popular tem muito a contribuir para a promoção de uma visão mais holística, integral e, portanto, mais humana nos cuidados com a saúde.

No capítulo cinco, estas noções teóricas foram aplicadas à análise e interpretação dos resultados obtidos na pesquisa, à discussão dos resultados e às reflexões oriundas do processo de elaboração da tese. A pesquisa foi desenvolvida junto a dois grupos, sendo um

formado por pessoas sem formação acadêmica, representantes da Medicina Popular, e o outro constituído por profissionais com formação acadêmica na área da saúde, representantes da Medicina Tradicional. Para percorrer os caminhos que levaram à tessitura desta tese foi necessário fazer uso da História Oral, que se apresentou como um referencial profícuo para a compreensão sobre identidade, memória e cultura no trato com plantas medicinais neste momento de Modernidade em Movimento.

Foi possível compreender como as identidades se fragmentam e se agrupam, como a memória se perpetua em elementos do passado, alterados pelo movimento do presente e como a cultura, que é essencialmente dinâmica, transforma-se sem, no entanto, deixar de lado a essência do seu movimento, que envolve a cura não apenas do corpo, mas também da alma.

Por fim, apresentaram-se aspectos que representam o diálogo entre os saberes popular e científico, mostrando as interações, divergências e formas de legitimação destes saberes, no contexto do fenômeno da Modernidade em Movimento. Este diálogo possível é permeado pela memória, pela identidade e pela cultura dos sujeitos, tanto aqueles não instruídos, que adquiriram seu conhecimento pela oralidade, quanto os instruídos, que se amparam no saber científico.

Os resultados deste estudo demonstraram que as pessoas que trabalham com plantas medicinais estão alterando sua forma de atuação no contexto da Modernidade em Movimento e, conseqüentemente, alterando suas identidades, suas memórias, e sua cultura local. Constatamos que o uso e indicação de plantas com fins medicinais pela Medicina Popular estão inseridos no meio oficial científico, promovendo a alteração de concepções e conceitos (como, por exemplo, o conceito de doença) entre profissionais com formação acadêmica.

Além disso, percebemos espaços de manutenção da tradição, por meio de ações efetivas e contínuas, como a Pastoral da Saúde, feiras, cursos, palestras, entre outros, que produzem novas formas de interação social, a exemplo de ações comunicativas que se estendem para outras regiões, agregando pessoas que nem sempre estão envolvidas com o tema, intensificando os intercâmbios com grupos que não atuam na área. Nesses encontros, há diálogo entre os saberes, isto é, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, o que é apontado pelos participantes como essencial para o aprimoramento, manutenção e transmissão destes conhecimentos.

Percebemos, ao longo desta pesquisa, que os conhecimentos que as mulheres ervateiras adquiriram de seus antepassados e que são elementos centrais na constituição de

suas culturas e identidades, não se extinguíram. Eles continuam formando a base das suas práticas no uso das plantas medicinais. Porém, a pesquisa inferiu que novos conhecimentos e técnicas foram acrescentados, fato que se deu tanto a partir do próprio meio em que as ervateiras vivem, quanto do contato com a Medicina Tradicional, cujos elementos foram sendo apropriados por elas, ao longo do tempo.

O processo de produção de novos conhecimentos, de mudança técnica e científica tende a se acelerar em tempos de Modernidade em Movimento. No entanto, a pesquisa demonstrou que, ainda que tenha ocorrido alteração de identidades, memórias e cultura local, não aconteceu a extinção dos processos de memória e de identidade dessas mulheres; ao contrário, verificou-se a ressignificação e até mesmo a validação dos saberes populares, na medida em que suas aplicações e seus resultados puderam se tornar mais eficazes, mais dinâmicos e, de acordo com o que se denominou nessa tese, de Modernidade em Movimento.

Além de avaliar os elementos teóricos e validar o conhecimento tradicional e popular por meio de entrevistas, esta pesquisa indicou a necessidade do apoio de instituições como universidades, pastorais e poder público local, que podem oportunizar o acesso aos materiais necessários e aos espaços adequados para o preparo, armazenamento e comercialização dos produtos, além de propiciar a participação em eventos de formação e aperfeiçoamento. Essas parcerias constituem-se como uma estratégia importante e fundamental para a continuidade da prática da Medicina Popular e, portanto, da manutenção e transmissão desses saberes.

O grande desafio consiste em não permitir que esses saberes se percam. Eles precisam ser mantidos, não de forma estática, imutável, mas, antes, ressignificados e enriquecidos pela interação com os saberes trazidos pela Modernidade em Movimento. A pesquisa apontou que há poucos registros materiais desses saberes, pois estes se estabelecem principalmente no âmbito da memória. Isso proporciona uma fragilidade nesse sentido, especialmente quando verificamos que as ervateiras não encontram nos mais jovens o interesse e a disposição para que seja feita essa transmissão. No entanto, se percebeu que ainda que não aconteçam rotineiramente, fatores como o diálogo entre os saberes popular e científico estão possibilitando formas de registro e difusão desses conhecimentos.

Essas práticas populares, que já foram ignoradas ou tratadas com descrédito, chegando à invisibilidade social, chegam aos dias atuais com visibilidade, principalmente com aprovação de políticas públicas em âmbito federal, que buscam a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ampliando a visão acerca dos conceitos saúde-doença e buscando a promoção integral do ser humano. Estimulam, referendam e autorizam a



utilização de plantas com fins medicinais, bem como estreitam as relações entre o conhecimento popular e o científico, promovendo diálogos entre estes saberes.

Além das diferenças já abordadas, percebemos que ambos diferem quanto aos processos de aquisição do conhecimento, quanto à forma de registro, ao reconhecimento profissional que recebem, bem como quanto aos aspectos que envolvem *status* e poder. Um acrescenta ao outro e ambos são enriquecidos numa relação de respeito e diálogo cada vez mais próxima.

O diálogo entre os praticantes da Medicina Tradicional e da Medicina Popular é inevitável e necessário. Inevitável no sentido de que já faz algum tempo que eles convivem apesar de ocuparem *loci* diferentes, e necessário, pois se enriquecem e se complementam. A Medicina Tradicional precisa do conhecimento prático da Medicina Popular, construído pela experimentação ao longo de muitas gerações o que lhe confere eficácia e, por conseguinte, credibilidade. Ao mesmo tempo, o conhecimento popular também precisa incorporar os avanços técnicos e científicos produzidos pela Medicina Tradicional para aprimorar seus conhecimentos.

A união ou a complementação entre os saberes é significativa tanto para a Medicina Popular, que assim consegue registrar, legitimar, concretizar suas práticas e ter um espaço para expor seus conhecimentos, como para o conhecimento científico, aqui representado pela Medicina Tradicional, que tem nestes processos uma fonte inesgotável de conhecimento e possibilidades de novas pesquisas.

No entanto, para manter esta interação, especialmente em tempos de Modernidade em Movimento, um dos caminhos é a legitimação. Mesmo havendo políticas que legitimem esses conhecimentos, é necessário que seu uso e benefícios sejam colocados em prática. É preciso ainda instituir políticas públicas traçadas no âmbito municipal, como forma de legitimar o saber popular.

Ao término da realização desta pesquisa fica a certeza de que há muito ainda a ser feito para que os conhecimentos e a prática da Medicina Popular façam parte efetiva da vida de todas as pessoas.

A importância social e científica do tema deixa a certeza de que ainda há muito para ser estudado e investigado sobre os saberes populares no uso das plantas medicinais, já que o tema escolhido, não se encerra nestas páginas, pois está longe de ser esgotado com a presente pesquisa. É importante e necessário que novos estudos sejam realizados sobre o uso e indicação de plantas com fins medicinais para que, a partir de outros olhares e interesses,

surjam elementos diversos que possam contribuir para a sua interpretação e entendimento, em uma perspectiva mais ampla e, portanto, mais completa.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? E outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009. 92 p.
- ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, 25. 2002.
- ALBUQUERQUE, U. P. de A.; ARAÚJO, T. A. de S. **Encontros e desencontros na pesquisa etnobiológica e etnoecológica: os desafios do trabalho em campo**. Recife: NUPEEA, 2009.
- ALVAREZ, M. **Mulheres curadoras**. Disponível em: <http://www.jornalofarol.com.br/ver-noticia.asp?codigo=16493>. Acesso em: 26/09/2016.
- ALVIM, N. A. T.; et al. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2006.
- ALVIM, Z. Imigrantes: a vida privada dos pobres do campo. In: NOVAIS, Fernando A. (Coord.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 1998, v. 3.
- AMOROZO, M. C. de M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência, um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.
- ANDERSON, P. **As origens da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. 165 p
- ANDRADE, Z. A. **Perspectivas da Medicina no Século XXI**. Gazeta Médica da Bahia, 2008 (suplemento 1).
- ARGENTA, S. C.; et al. Plantas medicinais: cultura popular versus ciência. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI** v.7, n.12: p.51-60, mai. 2011.
- AUGÉ, M. **Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas: Papirus, 2012.
- \_\_\_\_\_. M. **Por uma antropologia da mobilidade**. Maceió. EDUFAL: UNESP, 2010, 109 p.
- BADKE, M. R. **Conhecimento Popular Sobre o Uso De Plantas Medicinais e o Cuidado De Enfermagem**. Dissertação De Mestrado. Santa Maria, RS, Brasil, 2008.
- BAILEY, K. 1994. **Methods of social research**. 4ª ed. New York: The Free Press, 588p.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. – **Snowball (bola de neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária**. X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE . PUC/PR. Curitiba, 2011.

BARATA, G. F. **A primeira Década da Aids no Brasil: O fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA M. A.; et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **R Enferm UERJ**, p. 38-43, jan./abr, 2004.

BARBOSA, W. L.R. (org). **ETNOFARMÁCIA FITOTERAPIA POPULAR E CIÊNCIA FARMACÊUTICA**. Editora CRV. Curitiba, 2011.

BARRACA, S. A. **Relatório do Estágio supervisionado Produção Vegetal II: Manejo e Produção de Plantas Medicinais e Aromáticas**. Piracicaba, jul, 1999.

BARROS, E. P. Michel Maffesoli: a pós-modernidade se orienta para “algo de anarquista”. **Revista da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS** v. 19, n.2 – Jul./Dez. 2013.

BATISTA, K.M. Conhecimentos Tradicionais e Práticas Naturais na Saúde Pública: Realidades e Aportes. Apresentado em: **Encontro de Medicina Tradicional, Memória, Vigência e Perspectiva**. Cusco/Peru, 2015.

BAUDRILLARD, J. A verdade oblíqua. Entrevista a Luís Antônio Giron, **Revista Época**, 7 junho 2003. Versão em: <http://www.consciencia.net/2003/06/07/ baudrillard.html>. Acesso em: 20/12/2015

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999

\_\_\_\_\_. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001. 258 p.

\_\_\_\_\_. Entrevista com Zygmunt Bauman. **Tempo Social**, [São Paulo], v. 16, n. 1, p. 301-325, jun. 2004. Entrevista concedida a Maria Lúcia Garcia Pallares-Burke. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v16n1/v16n1a15.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Identidade**: entrevista a Benedito Vecchi. Tradução, Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. **44 CARTAS DO MUNDO LÍQUIDO MODERNO**. Ed. Zahar. RJ. Edição eletrônica: julho 2011.

\_\_\_\_\_. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. RJ: Zahar, 2012.

BEISIEGEL, C. de R. Cultura do povo e educação popular. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v.5, 77-92, 1979.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 253 p.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2013.441 p.

BLOCH, M. **Introducción a la História.** BREVIARIOS del FONDO DE CULTURA ECONÓMICA em [https://introduccionalahistoria.files.wordpress.com/2010/01/marc\\_bloch\\_introduccion\\_a\\_la\\_historia.pdf](https://introduccionalahistoria.files.wordpress.com/2010/01/marc_bloch_introduccion_a_la_historia.pdf). Acesso em: jun/2015.

BOSI, A. **Cultura brasileira:** temas e situações. 4. ed. São Paulo: Ática, 1999. 224 p.

BOSI, E. **Cultura de massa e cultura popular:** leituras operárias. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 188 p.

\_\_\_\_\_. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. 7. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1999. 484 p.

BRAGA, C. de M. **Histórico da Utilização de Plantas Medicinais.** Consorcio Setentrional de Ed. A Distância. UNB e UEGoiás – Curso de Licenciatura em Biologia a Distância. Brasília, 2011.

BRANQUINHO, F. T. B. **Da “química” da erva nos saberes popular e científico.** Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – doutrinas e princípios.** 1990.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos.** Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. **Resumo executivo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Relatório de Gestão 2006/2010.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 26, de 13 de maio de 2014. **Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.** Diário Oficial, Brasília, DF, 14 de maio de 2014. p. 52.

CANCLINI, N. G. **As Culturas Populares no Capitalismo.** São Paulo: Editora brasiliense, 1983.

\_\_\_\_\_. **Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade.** 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2000. 385 p.

\_\_\_\_\_. **CULTURAS POPULARES E INDÍGENAS** ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de lo popular? Diálogos en la acción, primera etapa, 2004,p. 153-165. **DGCPI**

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**-tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARNEIRO, D. M. **Ayurveda: saúde e longevidade na tradição milenar da Índia.** São Paulo: Pensamento. 2009.

CARREIRA, Lígia; SANTOS, Christian Fausto Moraes dos. Mezinhas, triagas e garrafadas: pequena reflexão histórica acerca da saúde e do cuidar no Brasil. **Revista Ciências da Saúde,** Maringá, v. 1, n. 2, p. 43-51, 2001.

CARVALHO, A. C. B.; NETTO, E. M. N. Regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos na saúde. In: **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CORREA, C. H. P. **História oral: teoria e técnica.** Florianópolis: UFSC, 1978. 91 p.

COSTA R. G. de A. Os Saberes Populares da Etnociência no Ensino das Ciências Naturais: uma proposta didática para aprendizagem significativa. **Revista Didática Sistemica,** Volume 8, FURG, jul/dez de 2008.

CUNHA A. P. da. **Aspectos Históricos sobre Plantas Medicinais, seus constituintes activos e fitoterapia** Disponível em [http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos\\_historicos.pdf](http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf). Acesso em: 17/02/2014

DAMATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social.** Petrópolis: Vozes, 1983. 248 p.

\_\_\_\_\_. **O que faz o brasil, Brasil?.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 126 p.

\_\_\_\_\_. **O que é o Brasil?.** Rio de Janeiro: Rocco, 2004. 74 p.

DI STASI, L. C. (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência, um guia de estudo interdisciplinar.** São Paulo: Ed. UNESP, 1996.

DIAMOND, J. M. **Armas, germes e aço: os destinos das sociedades humanas.** 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012. 472 p.

DIEGUES, A. C.; et al. Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil. In: DIEGUES, Antonio Carlos(ORG). **Biodiversidade e Comunidades Tradicionais no Brasil**, São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP, 2000.

DUARTE, M.C.T. Atividade antimicrobiana de plantas medicinais e aromáticas utilizadas no Brasil. **Revista MultiCiência**, n. 7, 2006.

EAGLETON, T. **As ilusões do pós-modernismo**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. 141 p

\_\_\_\_\_. **A ideia de Cultura**. São Paulo: Ed. UNESP, 2003.

\_\_\_\_\_. **Depois da teoria: um olhar sobre os estudos culturais e o pós-modernismo**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2005. 301 p.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. da. SABER ERUDITO E SABER POPULAR NA MEDICINA COLONIAL. **Cadernos ABEM**, v. 2, nov., 2005.

ERICE, A. S. **Espaço de vida, espaço de luta : um estudo etnográfico da Farmacinha Comunitária da Solidão em Maquiné, Rio Grande do Sul**. 2015. 156f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

ESPERANDIO, M. R. G. **Para entender a pós-modernidade**. São Leopoldo: Sinovial, 2007.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. 895p.

FIGUEIREDO, E. Pe. **DIRETRIZES DE AÇÃO DA PASTORAL DA SAUDE – CNBB**. Documento elaborado na III Assembleia da Pastoral da Saude – CNBB, SP, 1977. Disponível em: <http://www.cnbb.org.br>. Acesso em: 11/01/2016.

FLORIANI, D. DIÁLOGO DE SABERES: uma perspectiva socioambiental. In: JUNIOR, Luiz Antonio Ferraro (Org.) **ENCONTROS e caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores**. Brasília: MMA, Departamento de Educação Ambiental, v. 2, p. 107-116, 2007.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. 231 p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4 ed. 1984.

FRANÇA, I.S.X. et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 201-208, 2008.

FREITAS, S. M. Prefácio à Edição Brasileira. In: THOMPSON, P. **A voz do passado – História Oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 313 p.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GOMES, J. C. C. ; MEDEIROS, C. A, B. Bases epistemológicas para a ação e pesquisa em agroecologia: da ciência eficiente à ciência relevante. In: **Ciência como instrumento de inclusão social**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2009. 386p.

HALBWACHS, M. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Ed. Centauro, 2003.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.501 p

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 15. ed. São Paulo: Loyola, 2006. 349 p.

HOBSBAWM, E. J.; RANGER, T. **A invenção das tradições**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 316 p.

IZQUIERDO, Ivan. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 95 p.

JAMESON, F. **A virada cultural: reflexões sobre o pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 317 p

\_\_\_\_\_. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000. 431 p.

JORGE, S. da S. A. **Plantas Medicinais Coletânea de Saberes**. Disponível em: [www.fazendadocerrado.com.br/Livro.pdf](http://www.fazendadocerrado.com.br/Livro.pdf). Acesso em: 09/06/2014.

LANGDON, E. J. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 62 (2): p. 323-326, mar-abril 2009. Entrevista concedida a Sandra Greice Becker, et al.

LAPLANTINE F., RABEYRON P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense; 1989.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 21. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007. 117 p

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. Campinas: UNICAMP, 2003. 553 p.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005. P.145-176.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. 5. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1998. 131 p.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 3 ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996. 350 p.



\_\_\_\_\_. Michel Maffesoli: por uma política da transfiguração. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 10, p. 17-23, junho 1999. Entrevista concedida a Juremir Machado da Silva.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre a pós-modernidade: o lugar faz o elo**. Rio de Janeiro: Atlântica, 2004. 115 p.

\_\_\_\_\_. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. São Paulo: Sulina, 2007 295 p.

MALUF, S. W. Bruxas e Bruxarias na Lagoa da Conceição: um Estudo sobre representações de Poder Feminino na I de Santa Catarina. **Revista crítica de Ciências Sociais**. v. 34. fev.1992.

MARTINS, A. A. A Pastoral da Saúde e sua importância no mundo da saúde: da presença solidária ao transcender a dor e o sofrimento. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo. EDU, 1974.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Loyola, 2002. 111p.

MENEZES, M. P. G. **Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas**. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; SILVA Teresa Cruz (orgs.). **Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social**. Maputo, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25 (3), p. 233-238, 1991.

\_\_\_\_\_ et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2010.

MOCELLIM, A. Lugares, Não-Lugares, Lugares Virtuais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 6, n. 3, janeiro-julho/2009.

OLIVEIRA, A. L. de. **Pastoral Da Saúde Nacional – CNBB - Propostas Da Pastoral Da Saúde** – disponível em <http://pastoraldasaudenacional.com.br>. Acesso em: 11/01/2016.

OLIVEIRA, E. R. de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Brasiliense, 1985, 91p.

OLIVEIRA, M. F. S. de. **Bebendo na Raiz: Um estudo de Caso Sobre Saberes e Técnicas Medicinais do Povo Brasileiro**. Tese de Doutorado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2008.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud - **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005**. Ginebra: WHO/EDM/TRM/2002.1 Original: Inglés.

PARO, M. C. B. **A poesia seus ícones e movimentos.** <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/a-poesia-seus-icone-e-movimentos>. Acesso em março de 2016.

PASTORE, E.; POLESE, N. C.; PASTORE, L.M. **O papel da mulher na agricultura diversificada e agroecológica: influências e mudanças nas relações de gênero.** Disponível na internet <http://www.fazendogenero.ufsc.br>. Acesso em: 06 de fev. 2013.

PEDRO, J. M. **Mulheres honestas e mulheres faladas: uma questão de classe.** 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 1994.

PEIXOTO NETO, P. A. de S.; CAETANO, L. C. **Plantas Mediciniais - Do Popular ao Científico.** Maceió: EDUFAL, 2005. 90p.

PELEGRINI, S. C. A.; FUNARI, P. P. **O que é patrimônio cultural imaterial.** São Paulo: Brasiliense, 2008. 116 p.

POSEY, D. A. Etnobiologia: teoria e Prática. In: **Suma etnológica brasileira.** Petrópolis: Vozes/FINEP, p.173-185, 1987.

\_\_\_\_\_. Manejo da floresta secundária, capoeiras, campos e cerrados (Kayapó). In: **Suma etnológica brasileira.** Petrópolis: Vozes/FINEP, p.173-185, 1987.

PRIORE, M. D. Magia e Medicina na Colônia: O Corpo Feminino. In: PRIORE, Mary DEL (Org.). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2009.

QUEIROZ, M. I. P. de. Relatos orais: do indizível ao dizível. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 272-286, mar., 1987.

QUINTANA, A. M. **A ciência da benzedura : mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise.** Bauru, SP : EDUSC, 1999. 226p.

RAGO, M. Epistemologia Feminista, Gênero e História. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Miriam Pillar. **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade.** Florianópolis: Mulheres, 1998. 313 p.

RAUEN, F. J. **Elementos de iniciação à pesquisa.** Rio do Sul: Nova Era, 1999. 146 p.

\_\_\_\_\_. **Roteiros de pesquisa.** Rio do Sul: Nova Era, 2006. 257 p.

REZENDE, J. M. A medicina na passagem do milênio. In: REZENDE, J.M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina.** São Paulo: Editora Unifesp, p. 281-295, 2009.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** 2. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1995. 476 p.

\_\_\_\_\_. **O processo civilizatório: etapas da evolução sociocultural.** São Paulo: Cia. das Letras, 1998. 320 p.

\_\_\_\_\_. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** 2. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 2006. 435 p.

RINGER, F. **O Declínio dos Mandarins Alemães: A Comunidade Alemã, 1890-1933.** Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo. Ed. da USP, 2000.

RODRIGUES, A. G.; AMARAL, A. C. F. Aspectos sobre o desenvolvimento da fitoterapia. In: **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_; SIMONI, C. de. Políticas públicas voltadas à inserção das plantas medicinais e fitoterapia nos cuidados primários em saúde. In: **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_; et al. Assistência e atenção farmacêutica com plantas medicinais e fitoterapia. In: **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

SÁ, I. M. de. A Interdisciplinaridade Na Pesquisa De Plantas Medicinais De Uso Tradicional. **Revista De Ciências Agroveterinárias**, V.5, N°1. Botucatu – SP. 2006.

SANTOS, N. P. dos; PINTO, A. C. “A Mata é sua Farmácia” – A Pesquisa de Plantas Brasileiras para o Combate de Doenças Tropicais no Século XIX. **Revista Virtual de Química.** Volume 4, Número 2. Março-Abril 2012.

SARLO, B. **Tempo presente:** notas sobre a mudança de uma cultura. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005. 238 p.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17(1), p. 29-41, 2007.

SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9 (3), p. 349-363, jul/sep, 1993.

SILVA, J. de S. Discussão introdutória: a inovação da inovação no campo e na cidade. In: **Ciência como instrumento de inclusão social.** Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2009. 386 p.

SILVA, J. P. da. Etnociência, povos indígenas, biodiversidade e controvérsias globais: diálogo historicamente difícil entre os saberes científico e tradicional. In: **Ciência como instrumento de inclusão social.** Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2009. 386 p.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. Memória. In: **Dicionário de Conceitos Históricos:** Ed.Contexto – São Paulo; 2006.

SIMÕES, C. M. O.; et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul.** 4. ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995. 173 p.

\_\_\_\_\_ ; SCHENKEL, E. P. A Pesquisa e a Produção Brasileira de Medicamentos a partir de Plantas Medicinais: A Necessária Interação da Indústria com a Academia. **Revista brasileira de Farmacognosia**, v. 12, n. 1, p 35-40, 2002.

SLOMP, J. H. ; SACRAMENTO, H. T. do. Atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia. In: **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

SONTAG, S. **A Doença como metáfora** - tradução de Márcio Ramalho. — Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUSA, G. S. de. **Tratado Descritivo do Brasil em 1587**. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/> . Acesso em: 17/06/2014.

THOMPSON, P. **A voz do passado – História Oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

VELHO, M. de S. O que é Pastoral da Saúde. In: **Agenda Pastoral da Saúde**, 2015.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: **Promoção da saúde e Gestão Local**. Juan Carlos Aneiros Fernandez; Rosilda Mendes (orgs). Set/2007.

WISSENBACH, M. C. C. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In: NOVAIS, Fernando A. (Coord.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, v.3, 1998.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE – A – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa – Medicina Popular****Instrumento de coleta de dados para o projeto – Metodologia de História Oral.  
Roteiro de entrevista semiestruturada utilizado com os representantes da Medicina Popular.****CARACTERIZAÇÃO/IDENTIFICAÇÃO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / 2015

Idade: \_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Tempo de residência no local: \_\_\_\_\_

**SOBRE PLANTAS MEDICINAIS****FALE SOBRE SUA HISTÓRIA COM MEDICINAIS**

Com quem a Sra. aprendeu a utilizar plantas medicinais? O Sra. lembra como foi?

Qual a procedência destas plantas (quando não são cultivadas na propriedade)?

Quais as pessoas que mais a procuram (comunidade/ de outros lugares)?

Como a Sra se lembra do modo de fazer e das quantidades certas das plantas ou ingredientes que usa pra fazer o remédio? Anota pra fazer o remédio em algum lugar?

Quais as alterações/mudanças que ocorreram no uso dessas práticas?

Seus filhos aprenderam ou estão aprendendo a utilizar as plantas medicinais? Se hoje a Sra. resolvesse parar com essa atividade, teria alguém para dar continuidade ao seu trabalho?

A Sra ensinou ou ensina a alguém esses conhecimentos? Está repassando este conhecimento para alguém da família ou para outras pessoas?

Quais as dificuldades encontradas nessa sua trajetória com medicinais?

Quais as doenças mais comuns, pelas quais as pessoas a procuram e que são tratadas aqui?

Qual a procura/aceitação da população mais jovem? Há interesse por essa prática.

Como a Sr<sup>a</sup> vê essa prática do uso de plantas medicinais para o futuro?

Quais os cuidados/relação com as plantas?

**APÊNDICE – B – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa – Medicina Tradicional****Instrumento de coleta de dados para o projeto – Metodologia de História Oral.****Roteiro de entrevista semiestruturada utilizado com os representantes da Medicina Tradicional.****CARACTERIZAÇÃO/IDENTIFICAÇÃO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/2015

Idade: \_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Formação Acadêmica: \_\_\_\_\_

Tempo de exercício da profissão: \_\_\_\_\_

**FALE UM POUCO SOBRE:**

Sua formação profissional (acadêmica)?

Primeiro trabalho: Local/ data/ maior impacto?

Com quem a Sra. aprendeu a utilizar plantas medicinais?

A Sra ensinou ou ensina a alguém esses conhecimentos? Há registro desses conhecimentos?

Nas disciplinas do Curso de sua formação há destaque para o uso de plantas medicinais?

O que mais influenciou na opção por práticas com plantas medicinais?

Quais as principais mudanças (benefícios/dificuldades) encontradas durante seu trabalho com medicinais?

Quais os problemas de saúde e grupo de pessoas que mais procuram pela indicação e uso das plantas medicinais?

Como a Sr<sup>a</sup> vê essa prática do uso de plantas medicinais para o futuro?

Quais os cuidados/relação com as plantas?

Como a Sr<sup>a</sup> avalia a relação da Medicina Popular (pessoas sem formação acadêmica que utilizam e indicam plantas com fins medicinais) com a Medicina Tradicional (Profissionais que fazem uso e prescrevem o uso das mesmas)?

**ANEXOS**



## ANEXO A – Declaração Alma-Ata

### DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

#### CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em

desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

## ANEXO B – Termo consentimento I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PROFISSIONAIS E GESTORES

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento e rubrique todas as suas páginas deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável, que também assinará e rubricará todas as vias.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do Projeto: Identidade, Memória e Cultura no trato com plantas medicinais: Um possível diálogo de saberes.**

Pesquisador Responsável: Eliane Anastácio Floriano

Telefone para contato: 48 - 99315417

E-mail para contato: [elianefloriano@yahoo.com.br](mailto:elianefloriano@yahoo.com.br)

Este é um que tem por objetivo investigar como as rápidas mudanças ocorridas na pós-modernidade, influenciam na manutenção, transformação ou apagamento das práticas tradicionais com uso de plantas medicinais. A pesquisa justifica-se por investigar como as rápidas mudanças ocorridas na pós-modernidade, influenciam na manutenção, transformação ou apagamento destas práticas tradicionais. Pois as plantas como fontes de alimento, abrigo, defesa e fins medicinais são historicamente utilizadas entre as populações tradicionais. Embora a medicina moderna possua forte aparato científico e tecnológico na maior parte do mundo, a Medicina Popular e as práticas alternativas têm provocado o interesse da população em geral. Esse, então, é o cenário que se delineia para a presente pesquisa, para a qual a identidade, memória e cultura transformadas e ressignificadas de comunidades tradicionais que utilizam as plantas medicinais para o trato de doenças, se configuram como objeto de estudo. Como recorte busca-se pesquisar contextos diferentes quanto à transmissão destes conhecimentos. Vamos delimitar dois ambientes para a pesquisa, que serão assim representados: grupo A, representado por aqueles que fazem uso de plantas com fins medicinais na Medicina Popular, intitulados não instruídos<sup>33</sup>, isto é, por aqueles que adquiriram seus conhecimentos através das gerações, geralmente por meio da oralidade, sem registro escrito. O grupo B, representará a Medicina Tradicional<sup>34</sup>, intitulados instruídos<sup>35</sup>,

---

<sup>33</sup> Por ser uma ciência aprendida no convívio do cotidiano e praticada por pessoas que não passaram pelas universidades, Nobres não diplomados nas universidades, ou não instruídos, intelectual e moralmente retrógrados (OLIVEIRA, 1985; RINGER, 2000).

<sup>34</sup> As terapias da Medicina Tradicional incluem terapias com medicação, e envolvem o uso de medicamentos a base de ervas, partes de animais e/ou minerais, e terapias sem medicação, quando são realizadas principalmente sem o uso de medicação, como é o caso da acupuntura, de técnicas manuais e de terapias espirituais (BRASIL, 2009, p. 94). Nesta pesquisa será objeto de estudo a Medicina Tradicional que envolve o uso de medicamentos a base de ervas.

<sup>35</sup> Os profissionais desta modalidade (médicos, biólogos, farmacêuticos, enfermeiros), necessitam passar por cursos especializados para poder exercê-la, certificados de grau de instrução que comprove a posição do portador como homem de intelecto (OLIVEIRA, 1985; RINGER, 2000).

isto é, grupo no qual se encontram representantes com formação acadêmica, pautada em registros.

Trata-se de uma pesquisa que se desenvolverá numa perspectiva qualitativa envolvendo a metodologia da história oral com entrevistas semi-estruturadas e estruturadas. Calcula-se que a média de tempo para responder ao questionário é de 30 minutos, podendo ocorrer preferencialmente em um único encontro.

A pesquisa prevê riscos mínimos, pois trata de investigar como as rápidas mudanças ocorridas na pós-modernidade, influenciam na manutenção, transformação ou apagamento das práticas tradicionais com uso de plantas medicinais. Visando a minimização de riscos que possam surgir, serão tomados todos os cuidados necessários para manter o sigilo e anonimato dos participantes. Embora os pesquisadores não consigam identificar riscos, caso identificável, estes serão controlado. Em termos de benefícios, pretende-se disponibilizar os resultados do estudo serão disponibilizados aos participantes, por e-mail indicado ou da forma que o participante decidir, após a conclusão do mesmo.

Todos os dados obtidos serão guardados em sigilo. O participante poderá recusar-se a tomar parte da pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, bem como é garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação é voluntária e sem custos para participar, bem como não haverá ressarcimento para participação; contudo, explicitamos a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Os participantes poderão solicitar o esclarecimento sobre a pesquisa a qualquer momento e poderão tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa a partir de agosto de 2016, período correspondente a conclusão da pesquisa, via pedido de e-mail [elianefloriano@yahoo.com.br](mailto:elianefloriano@yahoo.com.br)

Nome e Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do pesquisador que coletou os dados \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisador \_\_\_\_\_ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

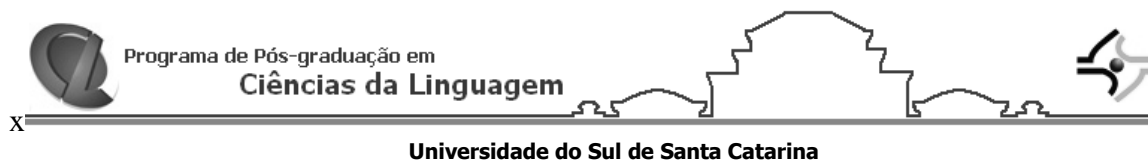
Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Termo de consentimento II



### TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente documento, eu \_\_\_\_\_ CPF  
\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ residente em:

\_\_\_\_\_ declaro a  
pesquisadora: Eliane Anastácio Floriano, CPF 50354965972, RG 1.440.979, residente a  
Avenida Getúlio Vargas, 327, apto 202, Bairro Centro, Sombrio/SC, CEP 88960-000, que  
concordo em participar da pesquisa sobre o tema “Identidade, Memória e Cultura no trato  
com plantas medicinais: Um possível diálogo de saberes”, por meio, do depoimento que  
prestei e/ou imagens, a pesquisadora aqui referida, como subsídio à construção de sua Tese de  
Doutorado no Programa de Pós-Graduação do Curso de Ciências da Linguagem da  
Universidade do Sul de Santa Catarina. A pesquisadora acima citada, fica conseqüentemente  
autorizada a utilizar, divulgar e publicar, os dados coletados, como o depoimento e/ou  
imagens para fins acadêmicos e culturais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado/depoente