

CRENÇAS POPULARES REFERENTES À SAÚDE: APROPRIAÇÃO DE SABERES SÓCIO-CULTURAIS
POPULAR BELIEFS RELATED TO HEALTH: APPROPRIATION OF SOCIAL-CULTURAL KNOWLEDGE
CREENCIAS POPULARES CON RELACIÓN A LA SALUD: LA APROPIACIÓN DE SABERES SOCIO-CULTURALES

*Karina Machado Siqueira¹, Maria Alves Barbosa², Virginia Visconde Brasi³, Lizete Malagoni Cavalcante Oliveira³,
Lourdes Maria Silva Andraus²*

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFG.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFG.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura. Medicina tradicional. Cuidados primários de saúde.

RESUMO: Esta pesquisa objetivou identificar as primeiras condutas adotadas pelos clientes antes de procurarem os serviços de saúde e evidenciar mudanças de comportamento quanto a crenças populares relacionadas à prevenção e cura de doenças, após orientações dos profissionais. Estudo qualitativo, tipo descritivo-exploratório, desenvolvido em Goiânia - GO. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual junto a usuários de três serviços do Sistema Único de Saúde. Detectou-se que, antes de procurar os serviços de saúde, os clientes utilizam recursos populares tais como chás caseiros, benzeduras, banhos e emplastos para prevenção e tratamento de doenças. Os dados evidenciaram a determinação dos sujeitos de não abandonar a prática popular, mesmo diante de orientações de profissionais de saúde, porque acreditam em sua eficácia. Concluiu-se que a mudança de hábitos relacionados à saúde é um processo difícil e que é preciso respeitar tradições e opiniões do usuário ao se estabelecerem condutas e tratamentos.

KEYWORDS: Culture. Traditional medicine. Primary health care.

ABSTRACT: This research has proposes to identify the first courses of conduct adopted by clients before they look to health services and to evidence changes of behavior according to popular beliefs related to prevention and cure of diseases after professional orientation. This is a qualitative, descriptive, and explorative study developed in Goiânia - GO, Brazil. The data was collected using individual interviews with users of the three services of the National Health Care System (Sistema Único de Saúde). It was detected that before seeking the health service the clients use popular resources such as home-made teas, "blessings", baths, and plasters for prevention and treatment of diseases. The data evidence the determination of this people to not abandon popular practices, even when faced with the orientation of the health professional, due to their belief in the efficiency of popular remedies. We conclude that changing popular habits related to health is a difficult process and it is necessary to respect the traditions and opinions of the user in establishing conduct and treatment.

PALABRAS CLAVE: Cultura. Medicina tradicional. Atención primaria de salud.

RESUMEN: La investigación tuvo como objetivo identificar conductas adoptadas por los clientes antes de buscar los servicios de la salud y evidenciar los cambios de comportamiento cuanto a las creencias populares relacionadas a la prevención y la curación de las enfermedades, posterior a la orientación profesional. Estudio cualitativo, de tipo descriptivo-exploratorio, desarrollado en Goiânia - GO. La recolecta de datos fue realizada por medio de la entrevista individual junto a los usuarios de tres servicios del Sistema Único de Salud. Se detecto que antes de buscar los servicios de salud, los clientes utilizaban los recursos populares como tés, curanderismo, baños y emplastos en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Se evidenció que ellos no abandonan la práctica popular, a pesar de la orientación médica, porque todavía creen en su eficacia. Se concluye que el cambio de hábitos relacionados a la salud es un proceso difícil siendo aún necesario respetar las tradiciones y opiniones del usuario al establecerse conductas y tratamientos.

Endereço: Karina Machado Siqueira
Av. Circular, 1117, Ed. Dom Thiago, Ap. 403
74.823-020 - Setor Pedro Ludovico, Goiânia, GO.
Email: karinams@fen.ufg.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 09 de agosto de 2005
Aprovação final: 23 de fevereiro de 2006

INTRODUÇÃO

Desde o princípio de sua existência, o ser humano tem buscado alternativas diversas na tentativa de eliminar seus males físicos ou psíquicos. As diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto sócio-cultural que caracteriza cada momento histórico vivido pelo homem. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade social devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença.

Nos últimos séculos, diversas mudanças ocorreram no que diz respeito ao paradigma que envolve os conceitos de mundo orgânico. A partir dos séculos XVI e XVII, a noção de um universo orgânico vivo e espiritual foi substituída pela concepção cartesiana ou mecanicista. Esse paradigma fundamentou o dualismo entre corpo e mente e permitiu que a criatura humana fosse concebida, diagnosticada e tratada em suas partes, como se cada parte do corpo não possuísse inter-relação com as dimensões psíquicas e sociais.^{1,2}

A perspectiva mecanicista é ainda marcante no meio científico e na área de saúde. Embora atualmente menos enfático, o modelo biomédico leva os profissionais a se concentrarem apenas na máquina corporal e negligenciarem outros aspectos determinantes do processo saúde-doença.

A medicina convencional está embasada nos conhecimentos fisiopatológicos clássicos e nos tratamentos medicamentosos, mais especificamente, para o afastamento de doenças.³ Assim, as representações de saúde e doença passam a ter um caráter reducionista, fundamentadas apenas em concepções impostas pela medicina oficial. “As concepções dominantes do corpo, saúde e doença se constroem na prática médica oficial dominante, representando o pólo dominado pela cultura somática, que retraduz, reordena, na sua lógica, os efeitos da difusão da medicina científica”.^{4: 23}

Em muitas ações de assistência prestada pelos serviços de saúde, está presente, de forma implícita ou explícita, o poder da ciência médica sobre a população, que deverá se submeter a ela desconsiderando, quase sempre, o que sabe, sente, vivencia e relata sobre seu sofrimento.⁵ No entanto, propõe-se a necessidade de se refletir sobre esta hegemonia, pois o método científico deve ser entendido como apenas um dos caminhos de intervenção nos processos de adoecimento e cura.⁶

É importante salientar que a partir de meados do século XIX, a abordagem positivista e reducionista do ser humano dentro do processo saúde-doença vem apresentando graves limitações e direcionando a bus-

ca de uma nova concepção em saúde. O paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva, tanto em seus métodos de diagnósticos, quanto em sua prática de intervenção.⁷

Diante da necessidade de novas concepções que respondam às expectativas dos seres humanos, observa-se, juntamente com a falência gradativa do modelo biomédico, positivista e hegemônico, o crescimento e a valorização de uma abordagem humanizada em saúde, relacionada a um paradigma “baseado em uma postura mais integradora e holística diante da realidade”.^{8: 92}

Visualizar o indivíduo de forma diferenciada daquela preconizada no modelo convencional ou mecanicista permite ao profissional de saúde o desempenho de uma assistência com abordagem integral ao ser humano. Dessa forma sua ação deixa de limitar-se à cura de doenças ou tratamento de sintomatologias e passa a contribuir para melhor desempenho nas questões referentes ao processo saúde-doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida do cliente.

Nesse contexto é interessante lembrar que existe um crescimento gradativo e significativo de programas envolvendo a humanização da assistência à saúde, os quais se relacionam ao cuidado respeitoso e individualizado ao cliente. O ato de humanizar, atualmente tão preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ pode ser entendido como “reconhecer as pessoas, que buscam no serviço de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos”.^{10: 31} Assim, qualquer pessoa que necessite tornar-se usuária do serviço de saúde tem direito de receber informações sobre suas necessidades específicas, assim como, tomar decisões relacionadas à sua situação dentro do processo saúde-doença.

É preciso compreender que os clientes não se configuram como quadros em branco, onde o profissional pode imprimir suas conclusões e prescrições, pois já trazem para o serviço de atendimento à saúde suas próprias concepções sobre seus problemas e uma série de crenças em práticas alternativas de cura.⁶ Desse modo, a contextualização social e cultural do cliente que procura as instituições de saúde vem tornando-se uma exigência para os profissionais de saúde que pretendem oferecer uma assistência melhor qualificada em saúde.

“Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa”.^{11:18} Assim sendo, de forma para-

lela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações.

Partindo destas considerações, este estudo objetivou identificar as primeiras condutas adotadas pelos clientes antes da procura pelo médico ou instituições com o intuito de resolver problemas de saúde. E, além disso, buscou identificar condutas que evidenciem mudança de comportamento quanto a crenças populares relacionadas à saúde, prevenção e cura de doenças, após orientações dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Goiânia - GO, no ano de 2004. A amostra constituiu-se de usuários do Sistema Único de Saúde que utilizam o ambulatório de dois grandes hospitais e um Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS).

A opção pela pesquisa qualitativa baseou-se no entendimento de que esse tipo de abordagem permite ao pesquisador maior aprofundamento das questões que se propõe a estudar, não se preocupando com a generalização dos resultados, conforme se preconiza nas pesquisas quantitativas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas, no período de janeiro a agosto de 2004. O instrumento utilizado foi um roteiro semi-estruturado, dirigido a 33 (trinta e três) usuários das unidades de saúde pesquisadas. Conforme preconizado na literatura, em se tratando de pesquisa qualitativa, o número de sujeitos foi definido a partir do critério da saturação dos dados.¹²

No que se refere às questões éticas, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, conforme recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.¹³

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dirigido a todos os participantes, os quais autorizaram, além da gravação das entrevistas, a divulgação dos resultados obtidos a partir dos dados coletados. Ficou garantido o anonimato quanto à identidade dos participantes da pesquisa.

Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, tipo Modalidade Temática.¹² “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.^{14:105} Esta modalidade de análise foi considerada adequada porque permitiu a identificação dos núcleos de sentido ou temas, que compuseram os discursos dos depoentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sócio-demográfico, dos 33 sujeitos participantes deste estudo, 21 eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Em relação à faixa etária, houve variação entre 21 e 64 anos, sendo predominante a idade de 40 a 49 anos (31%). A maioria possuía renda mensal familiar de aproximadamente 2 salários mínimos (52%) e era casada (61%). O nível de escolaridade predominante entre os entrevistados foi ensino fundamental incompleto (32%). Todos os usuários referiram utilizar exclusivamente o serviço público quando necessitavam de assistência à saúde.

A análise das entrevistas obtidas na coleta de dados permitiu a identificação das seguintes categorias de resultados: Recursos populares em saúde: evidenciando construtos sócio-culturais; Práticas populares e medicina oficial: o convívio de saberes distintos.

Para resguardar a identidade dos depoentes, nos trechos de relatos descritos, foram atribuídos aos mesmos, códigos formados pela letra “e”, seguida de um número.

Recursos populares em saúde: evidenciando construtos sócio-culturais

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

Dentre os participantes deste estudo, foram constatadas opiniões diversas quanto ao uso de recursos populares. Entretanto, a maioria acredita na eficácia e utiliza essas práticas para a solução de seus problemas de saúde. As primeiras condutas adotadas pelos clientes, antes da procura pelo médico ou serviços de saúde, incluem chás caseiros, benzeduras, banhos, alimentos e emplastos.

Os chás caseiros são possuidores de maior aceitação entre a população. A utilização de chás e outras

práticas associadas ao saber popular baseia-se em experiências adquiridas ao longo da vida. Normalmente são informações repassadas entre as gerações, ou seja, estão ligadas a tradições e costumes sócio-culturais. Referências direcionadas a essa prática são citadas pela maioria dos depoentes: *eu tenho o costume de usar só remédios naturais. Eu acho que os chás são muito bons, eles resolvem meu problema (e28); uso esses remédios, plantas, chás caseiros de hortelã, erva cidreira (e8); a gente faz uns chás. Aquele quebra-pedras que a gente usa, eu já tomei bastante e melhorou. Quando tem alguma coisa no estômago faz um chá de boldo, melhora também (e12).*

As informações relacionadas ao uso, especialmente de plantas medicinais, são transmitidas de forma difusa, no seio da família, no espaço da comunidade e em um movimento repetitivo naquele contexto socioeconômico em que foram criadas e socializadas.¹⁵ Dentro deste contexto encontram-se algumas afirmações: *eu acredito muito nesses remédios caseiros porque minha vó e minha mãe sempre usaram e ajudaram a resolver muitos problemas (e2); minha mãe tem o costume de usar chá de boldo, de erva santa-maria, capim cidreira e a gente sara com esses remédios (e14).*

Além dos chás, outras práticas relacionadas ao cuidado em saúde são referidas pelos usuários: *você faz um banho de folha de algodão, muitas vezes você pode bater a folha de algodão no liquidificador, faz aquele sumo, tudo isso ajuda (e9); eu sempre usei remédios caseiros do tipo chás, emplastos, alguns alimentos tipo alho, mel, porque minha mãe aprendeu com minha vó e nós temos o costume de usar (e17).*

Experiências empíricas, baseadas em resultados positivos ou negativos adquiridos durante o uso desses recursos, respaldam a credibilidade e adoção dessas práticas, segundo as percepções dos sujeitos: *muitas pessoas usam e são beneficiadas. Parece que é uma coisa mais pura (e3); olha, eu acredito que esses remédios são bons sim. Eu conheço pessoas que não usam remédios de farmácia e melhoram só com remédio caseiro (e5).*

A população, no enfrentamento de seus problemas, utiliza diferentes estratégias num processo de apropriação e construção de saberes.¹⁶ Constatou-se que as pessoas que utilizam práticas populares não se preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento.

As crenças permitem ao homem livrar-se das incertezas que o cercam e, ao mesmo tempo, ajustar-se dentro de um processo evolutivo com a realidade cercada de mistérios e incógnitas.¹⁷ Mesmo que a ciência se proponha a explicar todos os fenômenos por meio de

métodos científicos, evidencia-se que entre população, ainda permeiam crenças diversas relacionadas à saúde.

A medicina popular se manifesta em duas áreas distintas: a caseira, baseada principalmente nas ervas medicinais e a medicina religiosa, relacionada especialmente às benzeduras e promessas.¹⁸ As manifestações de fé voltadas para a terapêutica e cura de doenças podem ser identificadas no discurso da população estudada: *eu acredito em benzições [...] para muitas coisas a benzição vale, eu acredito porque vale da fé, e eu tenho fé (e12); já aconteceu do meu filho estar doente, um jeitinho quieto, parado e eu mandar benzer e resolver (e18); eu também acredito em benzer porque na minha família minha avó benzia todo mundo. Eu acho que muitas doenças vêm de mau-olhado, inveja, por isso tem que benzer (e7).*

A crença em raizeiros e rezadeiras possui uma dimensão significativa no processo de cura das doenças, pois, é através desses sábios populares que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte.⁶ Muitas referências foram direcionadas pelos sujeitos participantes do estudo quanto a esse tipo de prática popular em saúde: *a benzição é importante pra quem acredita nela. A benzedeira sabe rezar e faz a parte dela, mas se a pessoa não acredita, não vai dar nada certo (e1); eu acredito na pessoa que benze porque isso é dom de Deus. Ela sabe fazer os pedidos pra gente ficar melhor (e26); eu tinha uma tia que benzia muita gente. Quando benzia com ela sarava mesmo. Nunca vi ninguém benzer daquele jeito, era por Deus mesmo (e12).*

A medicina religiosa pertence a um contexto sócio-cultural e, geralmente, é influenciada por famílias ou grupos sociais. Pertencendo a um processo histórico, consegue sobreviver mesmo diante das inovações tecnológicas da atualidade. “A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas”.^{19:108}

As práticas religiosas são carregadas de atitudes de acolhimento, por isso ajudam o paciente e sua família a reelaborar a experiência de sofrimento vivenciada, reorganizando suas posturas diante da vida.⁶ Dessa forma, é possível entender os motivos pelos quais as pessoas buscam alternativas de cuidado à saúde, além das soluções oferecidas pelo sistema oficial de assistência.

Práticas populares e medicina oficial: o convívio de saberes distintos

O posicionamento da população quanto ao recebimento de orientações, por parte de profissionais

de saúde, relacionadas a mudanças de comportamento e referentes à adoção de métodos não convencionais de saúde, também foi investigado neste estudo.

Relatos evidenciaram que a maioria dos profissionais de saúde não direciona orientações nesse sentido. Segundo as percepções dos sujeitos, os profissionais preferem não se posicionar quanto ao uso desses métodos populares: *os médicos nunca falaram para eu procurar ou não, esses recursos (e21); não, até hoje ninguém nunca chegou a falar para eu não usar (e13); geralmente o médico ou a enfermeira não falam nada, nem que faz bem, nem que faz mal pra gente (e30).*

Entretanto, durante a investigação, alguns entrevistados relataram suas condutas ao receberem qualquer orientação para abandonar ou substituir os recursos populares utilizados por medicamentos alopáticos. Verificou-se que a população geralmente prefere continuar usando o recurso baseado no saber popular porque acredita na contribuição do mesmo para solucionar seus problemas de saúde: *eu não deixaria de usar não, porque o chá não faz mal. Ele faz é bem (e15); mesmo se o médico chegasse a falar, eu usaria. Se eu tivesse certeza que algum remédio caseiro ia ajudar, eu usaria (e18); teve uma vez que um médico disse que eu não devia tomar garrafada e uns chás porque podia fazer mal, mas eu não parei e melhorei meu problema de bronquite sim (e3).*

Estas percepções reforçam a premissa de que o processo cultural mantém a adoção dessas práticas e, de certa forma, dificulta a mudança de comportamentos referentes ao processo saúde-doença.

Ao invés de combatido pelos profissionais de saúde, o saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico. Crenças em benzeduras, chás caseiros e simpatias ultrapassam diversas gerações e fazem parte do cotidiano da população, por isso, dificilmente são passíveis de mudanças.²⁰ *Para mim esses remédios caseiros não podem fazer mal nenhum. Eu já vi tanta gente que só usava esses remédios e tão vivos até hoje. Nunca vi ninguém morrer por causa de um chá, você já viu? (e1); na minha família mesmo, meus pais, tios, que vieram da roça só tratavam com remédio caseiro. Se não valesse ninguém tinha vivido tantos anos. A gente vê que vale e muito esses remédios (e22).*

É evidente a necessidade de se abordar o cliente, considerando os cuidados caseiros durante o atendimento e avaliando, não apenas seu impacto direto na biologia do corpo doente, mas também, seu significado na totalidade da vida.⁶ A assistência direcionada pelo profissional ao cliente que procura o serviço de atendimento à saúde precisa contemplar aspectos só-

cio-culturais e se desenvolver de forma respeitosa e livre de preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de procurar o serviço de saúde a maioria dos clientes costuma utilizar recursos populares em busca da solução para seus problemas de saúde. Dentre esses recursos, os chás caseiros são os que mais se destacam, embora outras práticas como banhos, emplastos, alimentos e benzeduras, recebam também credibilidade por parte da população estudada.

A religiosidade e os terapeutas populares representados por raizeiros, benzedeiros e rezadeiras adquirem um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois oferecem, em muitos casos, respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde. Além disso, ofertam aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade devido à doença, o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento.

Pode-se dizer que a mudança de hábitos relacionados à saúde entre usuários de práticas populares é um processo difícil, porque estão arraigados a aspectos sócio-culturais, transmitidos entre diferentes gerações no seio familiar ou na comunidade. A comprovação empírica desses recursos, baseada em experiências anteriores, contribui para sua aceitação e utilidade.

Apesar de toda a tecnologia utilizada na alopatia com a finalidade de garantir assistência qualificada e melhor qualidade de vida dos clientes, diante de orientações quanto ao abandono do uso de recursos populares, a população prefere optar pela continuidade do mesmo. Recomenda-se aos profissionais de saúde, o respeito às tradições e opiniões para que se estabeleçam formas adequadas de assistência e o convívio saudável entre os saberes popular e científico.

A assistência oferecida por profissionais àquelas que procuram as instituições de atendimento à saúde necessita fundamentar-se em uma abordagem mais ampla do indivíduo, o qual deve ser tratado como um sistema complexo de partes inter-relacionadas, focalizando, além do aspecto biológico, seus valores culturais, sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais. Crenças populares e recursos não convencionais, utilizados na solução de problemas de saúde, configuram-se para a população em geral como fatores extremamente ligados a aspectos sócio-culturais, por isso devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico.

REFERÊNCIAS

- 1 Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 19a ed. São Paulo: Cultrix; 1998.
- 2 Neves JM. Evidenciando o pensar para rever o fazer enfermagem: concepções dos usuários do centro de saúde do Guamá sobre saúde-doença e práticas populares de saúde [dissertação]. Belém (PA): Departamento de Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Pará; 1995.
- 3 Patrício ZM, Saupe R. O curso de Enfermagem insiste em “novos” paradigmas e cria a disciplina de métodos terapêuticos alternativos. *Texto Contexto Enferm.* 1995; 4(esp): 171-5.
- 4 Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. 1a reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p.13-32.
- 5 Cartana MHF, Heck RM. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. *Texto Contexto Enferm.* 1997 Set-Dez; 6(3): 233-40.
- 6 Vasconcelos EM. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate.* 1995 Dez-1996 Mar; 49/50: 101-6.
- 7 Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 1997 Jan; 7(1): 13-43.
- 8 Queiroz MS. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC; 2003.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS* [citado 2005 Jun 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389
- 10 Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2000 Dez; 53(esp): 31-3.
- 11 Soares SM. *Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos* [tese]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP; 2000.
- 12 Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 2003.
- 13 Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos [citado 2003 Mar 24]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>
- 14 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 15 Medeiros LCM. *As plantas medicinais e a enfermagem: a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes* [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2001.
- 16 Acioli S. *Novas práticas em saúde: estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas*. *Estudos Saúde Coletiva.* 2000 Maio; 202(1): 3-17.
- 17 Cristino M. *Psicologia da fé: cultura, fé e religiosidade* [citado 2002 Jan 24]. Disponível em: <http://www.holos.com.br/palavra/fe.html>
- 18 Queiroz MS. *Representações de saúde e doença*. Campinas (SP): UNICAMP; 1991.
- 19 Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001 Jul-Set; 8(3): 107-12.
- 20 Barbosa MA, Siqueira KM, Brasil VV, Bezerra ALQ. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. *R Enferm UERJ.* 2004 Jan-Abr; 12(1): 38-43.