

EL ITINERARIO DE CURA Y CUIDADO EN LA FAMILIA DURANTE UN PROCESO DE ENFERMEDAD: CONTRIBUCIONES DESDE LA ANTROPOLOGÍA

THE INTENERARY OF THE CURE AND CARE OF FAMILY DISEASE: ANTROPOLOGY CONTRIBUTIONS

Yolanda Flores e Silva*

Enfermera, Antropóloga, Doctora en Filosofía de la Salud, Universidade Federal de Santa Catarina. Docente e Investigadora del Mestrado en Salud y Gestión del Trabajo e Doutorado en Administración y Turismo, Universidade do Vale do Itajaí.

Alessandro Da Silva Scholzer

Médico, Mg en Salud y Gestión del Trabajo, Universidade do Vale do Itajaí

Isabel Fontana

Enfermera, Mg en Salud y Gestión del Trabajo, Universidade do Vale do Itajaí

Dagoberto Mior De Paula

Enfermero, Mg en Salud y Gestión del Trabajo, Universidade do Vale do Itajaí

Artículo recibido el 24 de abril, 2007. Aceptado en versión corregida el 19 de octubre, 2007

RESUMEN

*Este artículo enfatiza las contribuciones de la Antropología para el modelo de enseñanza en salud, en que se aborda los modos en que la cultura influye, desde una mirada interdisciplinaria, en las prácticas de atención y cuidado a las personas individual o colectivamente, en la familia y/o en la comunidad. Visión que da posibilidad de observar determinados fenómenos a partir de una mirada cultural, analizando realidades microsociales, vinculando teoría e investigación a las percepciones y concepciones subjetivas del pensar humano. Desde esta perspectiva se analizan los itinerarios que las personas recorren para procurar la curación de sus enfermedades. **Palabras clave:** Antropología de la salud, interdisciplinariedad cultural, prácticas de tratamiento.*

ABSTRACT

*This article discusses the contributions of Anthropology to health teaching model. Analyses health from a interdisciplinary cultural view considering persons, as individuals, in families and in communities. This vision gives possibilities to observe specific phenomena from a cultural perspective. Consider micros social realities in their diversity, and reflect about theory and research related to subjective perceptions and conceptions of human thinking. From this perspective discusses the diversity of ways followed by persons searching for cure. **Key words:** Anthropology of health, cultural interdisciplinary, cure practices.*

* Correspondencia e-mail: yolanda@univali.br

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos sobre salud y enfermedad en los países occidentales han sido tradicionalmente pensados desde los esquemas teóricos del siglo XIX, consecuencia de un modelo epistemológico que prioriza el dominio biológico con una concepción mecanicista y cartesiana. Hoy reconocemos esta visión como incapaz de analizar y capturar la realidad, de explicar determinadas acciones y fenómenos en el proceso de salud-enfermedad de las personas.

Aunque este enfoque haya sido extremadamente exitoso a lo largo de la historia de la ciencia y nos haya ayudado a explicar y comprender las unidades básicas que componen el universo científico de la salud, ya no es aceptado sin restricciones por aquellos que quieren ir más allá de la concepción reduccionista de enfermedad. La definición irrealista de salud de la Organización Mundial de la Salud [OMS], según Capra (1982), es una perfecta descripción de un estado estático de salud y bienestar, que no tiene en consideración los constantes cambios individuales y colectivos y la naturaleza holística de la salud, mostrándonos que aunque hayan pasado tantos siglos, desde Descartes a los días actuales, el proceso salud-enfermedad, para muchos profesionales es visto como un fenómeno biológico perfectamente controlado por los profesionales y las tecnologías médicas de punta.

La visión inclusiva y relativista de la Antropología Social y más específicamente de la Antropología de la Salud, realiza un aporte para una nueva cosmovisión de incertidumbre, de diferentes saberes intercambiables con la religión, la magia o la filosofía, o sea, varios caminos e itinerarios para la cura y el cuidado en la familia. Para ello, la Antropología nos enseña a aprender con los distintos grupos humanos las múltiples realidades, promoviendo redimensionamientos y prejuicios sin calificar, reconociendo que entre los profesionales de la salud aún existe ignorancia

respecto de lo que es diferente e inesperado, aunque en el mundo entero, a través de rituales y ceremonias, con medicinas caseras y una intensa relación entre curanderos, enfermos y familia, el arte de curar y cuidar sea vivenciado como una práctica funcional y eficaz para las personas enfermas (Silva, 1991). Aún en los días actuales, en la práctica cotidiana de las Unidades de Salud en la que diferentes profesionales actúan en programas como los de Salud de la Familia, se identifican usuarios que recurren a estos servicios después de buscar otras formas de solución a sus problemas. Pero esto no es todo, existen incluso personas que buscan los servicios de salud de forma concomitante a las alternativas populares de cura y cuidado disponibles en su medio socio-cultural.

Las búsquedas de estas alternativas forman parte de un proceso de ruptura que envuelve complejos patrones de entendimiento sobre el proceso salud-enfermedad. Hay un proceso de redescubrirse y muchos debates entre las personas sobre sus vidas, mostrando que ser saludable o ser enfermo no se traduce en un único concepto y en una única visión. Para Weil (1987), el modelo o paradigma holístico integra tres aspectos de la naturaleza: aspectos transpersonal, transsocial y transplanetario, caracterizando una apertura para pensar el proceso salud-enfermedad como algo que está íntimamente relacionado no solo a la persona enferma, sino al todo que compone su vida y su relación con el universo. Para discutir sobre estas posibilidades es que se organizó este texto, presentado en una perspectiva antropológica, o como Laplantine (1988) se refiere al abordaje antropológico: un abordaje integrador que tiene en consideración los múltiples procesos de la interdisciplinariedad con posibilidades de fusión de saberes, científicos o no, que en un momento dado se encuentran aparentemente separados en función de la influencia imperial del positivismo "matemático" (Pimienta, 2003).

LA ANTROPOLOGÍA Y LAS DIFERENCIAS

La Antropología es definida como la ciencia que estudia el "otro" a partir de sus diferencias. Este estudio del "otro", durante muchos años, consistió principalmente en una observación de las distinciones que pudiesen marcar la inferioridad o la superioridad de un grupo humano sobre otro (Da Matta, 1987). En algunos países, además de los estudios sobre diferencias, donde marcadamente se trabajaban las cuestiones de superioridad, aún existían aquellos estudios que enfatizaban lo exótico como una marca de grupos específicos, principalmente los indígenas en Brasil, los grupos negros de África y los nativos de Rapa-Nui.

Todas estas discusiones llevaron a un nuevo dimensionamiento sobre las cuestiones éticas de los estudios antropológicos, que durante años barbarizaron el mundo visitado, incluso auxiliando en la colonización de muchos pueblos considerados inferiores, vistos como necesitados de un "salvador" para conducirlos a la civilización.

Después de esta crisis ética, bastante positiva porque colocó en jaque el poder de los investigadores y la necesidad de un control sobre sus estudios, los antropólogos definieron mejor su "objeto" de estudio y un estatuto ético en que sobresale el respeto y la garantía de la soberanía de los pueblos estudiados, no importando qué diferencias y distinciones presenten. En este sentido, el "objeto" de estudio de la Antropología pasó a ser el estudio de la alteridad, esto es, de las diferencias presentes en todas las sociedades humanas, incluso en nuestra propia sociedad, con valores y visiones bien específicos desde el punto de vista sociocultural (Augé, 1999; Geertz, 1989).

En la nueva perspectiva de estudio de la Antropología, la originalidad de sus investigaciones no se encuentra en el exotismo o en la indagación sobre la superioridad de un pueblo sobre otro. Lo que torna la Antropología una ciencia bastante buscada como fuente de conocimiento, es

la posibilidad de observar determinados fenómenos desde una mirada cultural, con el análisis de las realidades microsociales y una ponderación que vincula teoría e investigación a las percepciones y concepciones subjetivas del pensar humano. El término percepción es visto como un conocimiento consciente y un acto por el cual el espíritu organiza sus sensaciones y reconoce un objeto exterior; concepción que está relacionada a una operación para la cual el espíritu construye un concepto o idea general, es el primer acto voluntario del espíritu, en el que se concibe la meta a ser alcanzada (Durozoi & Rousel, 2002).

En esta inmersión, la Antropología, efectivamente, posee varios parámetros que la definen; sin embargo, algunos elementos son muy importantes y no deben ser olvidados durante un estudio antropológico:

- El rigor científico y la elección de un marco de referencia teórico consistente y reconocido;
- El reconocimiento de las alteridades cultural, social, histórica y psicológica de los grupos estudiados;
- La certeza que el investigador siempre sabrá menos que su informante, puesto que sus percepciones y concepciones del fenómeno estudiado serán siempre las de un extraño (Augé, 1993).

Para poder trabajar con esta perspectiva de realidad, existe la necesidad de vínculos entre la Antropología y otras disciplinas, toda vez que el reconocimiento de la alteridad del vivir humano envuelve conocimientos de distintas naturalezas y posibilidades. Considerando esta perspectiva, es importante reconocer que el conocimiento disciplinar, en cuanto conjunto organizado conforme criterios internos de una área del conocimiento, no será dejado de lado, pero tampoco será el único utilizado para explicar ("saber") los fenómenos del vivir humano, con el manejo ("hacer") de las prácticas relacionadas a estas explicaciones.

En muchas localidades del mundo, tales como el Tíbet, India y China, la cosmovisión predisciplinaria (armonía entre el conocimiento filosófico, el arte y la religión, sin distinción) aún puede ser verificada sin que exista en este proceso un esfuerzo en el sentido de unión entre los conocimientos citados y la ciencia (Weil, 1993). De allí la necesidad de entender el porqué de la interdisciplinariedad en la Antropología y como esta posibilidad ocurre cuando efectivamente deseamos trabajar con el proceso salud-enfermedad. O sea, la esencia de la interdisciplinariedad entre la Antropología y la salud no es separar la ciencia o no permitir que esta sobresalga del conocimiento popular o del sentido común. La interdisciplinariedad existe para reconstruir sin destruir lo que existe, permitiendo que el objeto científico pueda ser dinamizado por el contexto social, cultural, histórico, religioso y económico. En ese sentido, el estudio de la Antropología no se encierra en sí misma y busca en muchas áreas del conocimiento humano elementos para entender su diversidad. Así, el estudio de la cultura humana es imprescindible, cuando es caracterizada desde las muchas interacciones contextuales (científicas o no); sin embargo, el concepto de cultura no debe ser utilizado para justificar todos los acontecimientos del vivir humano, aunque pueda explicarlos.

El concepto de cultura en la Antropología

Para entender y estudiar el "otro", el concepto de cultura es fundamental. Como afirmaba Malinowski (1976), la Antropología es una ciencia que estudia el hombre en su totalidad. En el decorrer de su historia delimitó sus espacios, objetivos y métodos de actuación, teniendo incluso que definir al conjunto integral de manifestaciones e instrumentos que los diversos grupos humanos absorbe como sus ideas, artes, creencias y costumbres.

Para este investigador de la Antropología, el primero en organizar y sistematizar por escrito lo que hoy denominamos tra-

bajo de campo etnográfico, la cultura fue creada por el ser humano en primer lugar para satisfacer sus necesidades, las que él denomina necesidades básicas. Para Malinowski (1976), cada necesidad humana tiene una respuesta cultural, todas relacionadas a la supervivencia interna y externa de los organismos inteligentes.

Aunque buena parte de sus teorías sobre la cultura y necesidades básicas haya sido relacionada con las teorías funcionalistas que hoy son bastantes cuestionadas, sus estudios derivaron en trabajos sobre las necesidades humanas como los de Maslow y Wanda de Aguiar Horta en la área de la salud, reconocidos como teóricos de las necesidades humanas en muchas escuelas de Medicina, Psicología y Enfermería en Brasil.

La corriente funcionalista de la cual Malinowski (1976) formaba parte, insistía en la lógica interna de los comportamientos humanos, buscando describir que una sociedad solo funcionaba para responder a las necesidades de los individuos que la componen. Por tanto este ser humano se organizaba de modo que sus instituciones estuviesen preparadas para satisfacer las necesidades humanas naturales.

Esta corriente defendida por Malinowski (1976) y otros antropólogos es solo una de las muchas corrientes de pensamiento existentes en la Antropología, habiendo surgido en el siglo XX en torno de los años 20. Pero la noción de cultura es muy anterior a este período y forma parte del lenguaje clásico y del lenguaje moderno de las Ciencias Sociales, Humanas y también de la Salud, lo que demuestra la unión de varias reflexiones de distintos saberes para la composición de este concepto. El origen del mismo se remonta al final del siglo XVIII en Alemania, aunque el uso semántico de la palabra ya fuese conocido en Francia. En este período la palabra "cultura" fue asociada a la idea de progreso, evolución y educación, aunque tenga su origen en el latín, donde significa el cuidado dispensado al campo o a la ganadería (Cucho, 1999).

Sin embargo, el concepto científico de cultura solamente es adoptado cuando la etnología y la sociología son reconocidas como disciplinas científicas y en sus estudios parten en busca de una respuesta objetiva a la vieja cuestión de la diversidad humana. En este momento surge la primera definición etnológica de cultura, concebida por el antropólogo británico Edward Burnett Taylor (1832-1917), quien aunque no haya sido el primero en usar el término en etnología, fue el primero en colocar en discusión su significado y utilizarlo en sus textos (Abou, 1992).

Desde este contexto, y de acuerdo con su corriente teórica, los antropólogos fueron perfeccionando el concepto de cultura, observando sus especificidades, hasta surgir conceptos que ya sea que relativizan la idea de cultura, la remiten a productos simbólicos o restringen la cuestión observando aspectos relacionados al consumo cultural. En el caso de Malinowski (1976), el concepto de cultura por él referido en sus estudios, ha sido muy importante para el área de la salud porque él mismo trató de la cuestión desde la perspectiva que las necesidades humanas son las que llevan a respuestas o intervenciones culturales durante el proceso salud y enfermedad o cualquier otro fenómeno que modifique el cotidiano de las personas en la familia y/o en la sociedad a la que se integra.

Sea cual sea la perspectiva o enfoque adoptado por el estudioso del tema cultura, vale la pena recordar que, en todos los abordajes, el estudio del proceso salud y enfermedad y las representaciones sociales que derivan de las cuestiones estudiadas, deben tomar en cuenta el sentido y el significado que las personas (el "otro") estudiadas por nosotros dan al fenómeno que es objetivo de nuestra investigación. La legitimidad de una cultura no es dada por un antropólogo o cualquier estudioso que se interese por esta cultura. Lo que determina la existencia de una cultura son antes que todo, aquellos que la construyeron y que dan significado a su existencia. Retomando

las palabras de Geertz (1989), la cultura es una tela de significados que los seres humanos tejieron y es desde ella que cada uno de ellos mira el mundo a su alrededor, estando también preso a ella, una vez que allí está su mundo social y su red de relaciones cotidianas.

La Antropología de la salud y la interdisciplinariedad de saberes

Al trabajar en el área de la salud, la Antropología posee investigadores que siguen varias corrientes y líneas de pensamiento. Una de ellas denomina esta área del conocimiento como Antropología Médica, mostrando las profundas raíces que esta tiene con la Medicina, donde las nociones de salud y enfermedad se refieren a las discusiones que la misma tiene con la Antropología Social y Física, la Epidemiología y la Sociología de la Salud. A través de distintos abordajes, busca el entendimiento de lo que es el proceso salud y enfermedad en una perspectiva menos biológica. Para Foster y Anderson (1978), autores clásicos de la Antropología Médica americana, la Antropología Médica es una área biocultural de la Antropología y de la Medicina, que se preocupa por los aspectos biológicos y socioculturales del comportamiento humano frente a las enfermedades.

Helman (1994), que prefiere trabajar en la perspectiva inglesa, denomina esta área como Antropología de la Salud y afirma que esta es una corriente que tiene por objetivo estudiar el proceso salud y enfermedad observando las atribuciones y reacciones de las personas dentro de la organización social y cultural al organizarse para proveer a los enfermos de atenciones y tratamientos para la cura de los infortunios. Al mismo tiempo que utilizan las técnicas y conocimientos de la Medicina y otros campos del conocimiento que auxilian en el cuidado y en la cura de los enfermos, buscan evaluar y respetar el conocimiento popular y las terapéuticas que buscan en su itinerario de cura y cuidado.

Algunos estudios sobre esta temática se realizaron en la década del 90, entre profesionales de la salud, principalmente las(los) enfermeras(os) que adoptaron el paradigma holístico de Capra (1982). Sus estudios de tenor cualitativo intentaban describir e interpretar los caminos y las rutas de autoayuda, mostrando incluso que el sistema médico no es formado por una única posibilidad, visto como un gran sistema con distintas alternativas de asistencia a la salud, siendo las mujeres las grandes cuidadoras y terapeutas de la familia (Silva, 1990b; 1994; 1995).

Esto demuestra la autonomía de las personas en relación a lo que creen y buscan para su cura y el cuidado de sí mismos y cuanto este proceso es intercambiado por saberes y pensamientos diversos, en un entrelazar de conocimientos ni siempre reconocidos por los profesionales de la salud. Considerando esta posibilidad, percibimos cuán importante es que los sistemas oficiales de salud reconozcan que existen varios sistemas de cura y cuidado y que no hay como trabajar con la salud y la enfermedad efectivamente, sin unir contextos históricos, geográficos, epidemiológicos, sociales (y otras posibilidades existentes). Esto porque cada conocimiento o disciplina puede explicar quién cura y quién es paciente, lo que es medicina y lo que es medicamento, lo que es de la naturaleza humana y lo que es de naturaleza espiritual y cósmica (Helman, 1994).

Estos múltiples caminos, concebidos en distintas culturas, aunque poco descrito y estudiado por la enseñanza en la salud convencional (que adopta el racionalismo cartesiano con una visión dicotómica entre cuerpo, mente, alma y físico), no es ignorado en muchas sociedades occidentales y orientales. Estas sociedades creen que la enfermedad es un proceso que afecta a todo el ser humano y no solamente al cuerpo físico, pudiendo tener itinerarios diferentes y no oficiales para la cura y el cuidado. Existe incluso la constatación de una variabilidad de con-

cepciones y tratamientos dispensados al cuerpo, permitiendo que se diferencien distintas perspectivas asumidas por la enfermedad como son: *disease*, *illness* y *sickness*.

Víctora, Knauth y Hassen (2000, p. 21) definen estos términos como: *“La palabra disease es utilizada para referirse a los estados orgánicos y funcionales, o sea, la enfermedad tal como ella es identificada por el modelo biomédico. Ya illness remite a la percepción que el individuo posee de su estado, es la perspectiva lega sobre el fenómeno, se refiere a la situación de enfermedad en su sentido más amplio. Por fin, sickness se sitúa entre la concepción biomédica y la lega, es una especie de acuerdo negociado entre los dos modelos”*.

Sean cuales fueren las concepciones adoptadas, las representaciones de salud y enfermedad y los tratamientos necesarios para la cura y el cuidado solamente asumen sentido y significado en un contexto sociocultural que permita el reconocimiento del modelo o sistema de salud adoptado, así como la necesidad de unir otros conocimientos a los saberes explicativos del fenómeno estudiado.

Itinerarios de cura y cuidado e interdisciplinariedad

La búsqueda por un camino de cura y cuidado constituyen una práctica inserta en la vida familiar, con características peculiares en diferentes épocas y culturas, de acuerdo a las necesidades de las personas cuidadas y las posibilidades de los cuidadores y de la familia.

Los profesionales de la salud, especialmente aquellos comprometidos en la atención primaria y que realizan visitas domiciliarias se confrontan con distintos aspectos del cuidado familiar. Estas atenciones vistas por muchos autores como una función básica de la familia, persiste a través de los tiempos y en diferentes modelos de familia descritos a lo largo de la historia. Engels (2000) identifica el origen del término familia del latín *fammulus*, que significa esclavo doméstico, indicando el grupo

de esclavos pertenecientes a un único señor, algo común en la Roma antigua, siendo una característica del poder patriarcal que es un modelo familiar centrado en el hombre.

En este modelo de familia, la mujer se queda única y exclusivamente en el seno familiar, o sea, su rutina de vida diaria se restringe a la casa y allí ella desarrolla el "cuidado familiar", cuidado relacionado con todos los tipos de "cuidar" relativo a las necesidades de la familia, sea en la enfermedad o en la salud. Pero el hecho de la mujer asumir esta función del cuidado no elimina de los otros miembros de la familia la responsabilidad de autocuidarse.

Entre los griegos y los romanos, pero principalmente entre los pueblos griegos, los hombres libres tenían que desarrollar prácticas de autocuidado corporal, mental y físico, lo cual era una condición para conducirse bien socialmente, practicar la libertad, controlar los apetitos reconocidos como no benéficos moralmente y, por encima de todo, conocerse (Foucault, 1987; Lunardi, 1999).

Actualmente la actividad del cuidado y los estudios sobre el tema se vuelven a las cuestiones relativas a los cuidadores y también a las acciones que denominamos de cuidado. Este cuidado puede relacionarse tanto con las acciones formalmente reconocidas por el sistema biomédico, como con otras acciones aprehendidas con terapeutas y otros miembros de la sociedad en cuestión. Zimerman (2000) en su estudio sobre la vejez considera tres diferentes tipos de cuidadores. Los cuidadores institucionales contratados por la familia para el servicio fuera del domicilio; los cuidadores domiciliarios, también contratados por la familia, pero haciendo el servicio en la casa de la persona enferma; y finalmente, los cuidadores familiares, pudiendo ser cualquier miembro de la familia que asuma de forma más regular y sistemática el cuidado familiar, sea con entrenamiento y supervisión de los servicios de salud o no.

Considerándose las diversas situaciones posibles en las actividades de cuidado doméstico en una sociedad compleja, son también diversas las posibilidades y recursos a ser empleados. En el plan informal, el autotratamiento, el consejo de un amigo o familiar, la búsqueda por una intervención religiosa, la preparación de remedios caseros, la ida a una curandera son prácticas comunes en todas las clases sociales. Mientras tanto, vale la pena destacar que el control de estas formas de cuidado e incluso la planificación de este proceso de cura y cuidado, es aún en los días actuales una prerrogativa de las mujeres. Las mujeres, aun aquellas que no permanecen todo su tiempo en la casa, teniendo una vida pública y profesional, difunden desde la familia, sea con otras mujeres u otras familias, una red de apoyo social para el servicio de las necesidades detectadas en el ámbito familiar (Budó, 2002). Es en la familia, en cuanto grupo social que posee peculiaridades y habilidades articuladoras entre sus miembros, así como con otras familias, que se puede realizar la elección de las mejores alternativas para el crecimiento individual y del propio grupo, y en este punto podemos añadir que es también en la familia donde se establecen las discusiones sobre las representaciones que todos los miembros de esta hacen del proceso de salud y enfermedad, así como de los caminos que recorrerán para la cura y el cuidado.

¿Y por qué las familias salen en búsqueda de estos otros recursos? Sin querer ser simplistas o generalistas en cuanto a la cuestión, es posible deducir que además de los sistemas biomédicos tradicionales las familias tienen muchas opciones, casi todas ellas basadas en su patrimonio cultural. Estas alternativas de cura y cuidado se caracterizan (en muchas situaciones, salvo los casos de charlatanería) por el no mercantilismo, volviéndose una posibilidad atrayente frente a los costos y las dificultades de acceso a los recursos formales de la red pública y privada de salud.

Estas alternativas también permiten que el usuario pueda interactuar con el terapeuta, algo que aún en los sistemas de salud en los que existe un servicio más individualizado, se vuelve difícil, una vez que los profesionales de la salud muchas veces no permiten que la "palabra" y el conocimiento del usuario se sobrepongan al conocimiento biomédico.

Los itinerarios más comunes siguen el guión referido por Silva (1989; 1990a; 1991; 1992), Silva y Franco (1996), Langdon (1996), Campos-Navarro (1989) y otros investigadores que estudiaron estos caminos de cura y cuidado, sea en las situaciones de enfermedad o en los diversos acontecimientos referentes al proceso de salud y enfermedad, tales como nacimientos, enfermedades mentales, envejecimiento u otros fenómenos que envuelven ritos de tránsito por etapas en la vida cotidiana.

Unidades de salud e interdisciplinariedad

Como miembros de un equipo de salud en una unidad básica de salud brasileña, profesionales médicos, enfermeros, dentistas, técnicos y auxiliares se enfrentan todos los días con los procedimientos de cura y cuidado en las consultas, experiencias exitosas como también fracasadas algunas veces, relacionadas al motivo de la consulta actual. Así, es posible constatar que el sistema formal de atención a la salud es apenas uno de los caminos del itinerario adoptado por las personas para la solución de los problemas de salud u otros fenómenos que forman parte del proceso salud y enfermedad.

El reconocimiento de esa posición excéntrica del sistema de salud formal en los itinerarios de cura y cuidado, donde el centro es el usuario del sistema, permite aclarar aspectos del proceso salud-enfermedad que serían de otra forma descuidados, posibilitando identificar recursos terapéuticos y riesgos potenciales, en los niveles curativo o preventivo.

Oliveira y Bastos (2000, p. 55) citan la clasificación de Kleinman para alternati-

vas de asistencia a la salud en tres categorías: informal, popular y profesional: "La informal, que corresponde al campo lego, comprende el autotratamiento o automedicación, el consejo o tratamiento recomendado por un pariente, amigo, vecino, grupos de autoayuda; aquí la familia es el principal agente de cuidados. En el autotratamiento, actúa un sistema de creencias sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo, el origen y naturaleza de las enfermedades, incluyendo la prescripción, tratamiento y modos considerados correctos de evitar el empeoramiento de la salud. La alternativa popular comprende los tipos de curanderos que existen en todas las sociedades, y sus métodos específicos de sanación. Finalmente la instancia profesional comprende las profesiones reglamentadas como médicos, enfermeros, fisioterapeutas".

Cuando se acompaña diariamente a los usuarios de una unidad básica de salud, se verifica que las personas transitan entre los diferentes sistemas e itinerarios de salud descritos por Kleinman (citado en Oliveira & Bastos, 2000). Sin embargo, vale la pena resaltar que las diferencias culturales de estos, con relación a los grupos estudiados por Kleinman, hace que los mismos con frecuencia adopten trayectos diferentes y, por tanto, culturalmente más próximos de las características de la comunidad local. Uno de los factores determinantes de esta búsqueda por diferentes métodos de cura y cuidado alternativos, especialmente para las poblaciones de menor ingreso, es el relativo aislamiento que pueden tener, alejadas del centro de la ciudad en la que queda localizada la unidad de especialidad, los hospitales y otras unidades con grados variables de capacidad de resolución para pacientes del sistema de salud formal. Por esto, la Unidad Básica de Salud [UBS] de cualquier barrio se constituye en el destino más accesible, limitándose, sin embargo, a la hora de funcionamiento de esta, desde las siete a las diecinueve horas. Par- tiendo de estas consideraciones, no cons-

tituye un error afirmar que los métodos escogidos por las poblaciones de barrios periféricos son influenciados por el acceso a los servicios.

Los mecanismos de cura y cuidado que pasan por el sistema popular son identificados más comúnmente por la atención a problemas crónicos o de carácter recurrente. La falta de recursos del sistema formal hace que la opción más próxima sea el sistema informal, que incluye el uso de rituales, tés caseros, emplastos y todas aquellas recetas y consejos orientados y utilizados más comúnmente por los habitantes nativos de la región o los que viven muchos años en la localidad, como los ancianos, sean vecinos o miembros de la familia.

Entre las muchas opciones, la farmacia se ha convertido también en un elemento constante de apoyo para las comunidades locales. Las grandes distancias y lo a veces imprevisto del servicio de urgencia en una unidad básica u hospital, así como las limitaciones en las horas de atención en las unidades básicas de los barrios periféricos, hacen que las personas utilicen la farmacia o la automedicación.

Esta es una cuestión preocupante con relación a los caminos de curación: la medicación como una alternativa entre los itinerarios informales de atención a la salud, aunque no aporta necesariamente a la resolución que el sistema formal pregona, expresa el valor simbólico que los medicamentos, los exámenes e incluso la figura de una autoridad en enfermedades tiene sobre las personas (Lefèvre, 1991). O sea, a partir de los servicios de salud funcionando bajo el modelo biomédico tradicional, con una gran carga de información sobre medicamentos en los medios de comunicación, el complejo médico-industrial progresivamente ocupa cada vez más un espacio que está entre el popular y el informal, junto con las prácticas populares e informales del cuidado de la salud.

Y aunque se deba compartir y respetar el autotratamiento, este debe ser evalua-

do cuidadosamente, principalmente con respecto al consumo de medicaciones no prescritas, una vez que se considera que esta elección deja de representar una manifestación de autonomía del individuo para someterlo a tratamientos muchas veces costosos y potencialmente perjudiciales para la salud.

CONCLUSIÓN

Considerando la importancia de este saber popular e informal, en la actualidad, algunos profesionales que actúan en unidades básicas de salud están insertos en grupos de estudios y debates o construyendo propuestas de trabajos que involucran el rescate de las prácticas culturalmente aceptadas, el desarrollo de la autonomía de los usuarios con el autocuidado y la racionalización de los recursos empleados por el sistema de salud.

En ese sentido, la perspectiva interdisciplinaria de la Antropología de la Salud es necesaria para concretar esa propuesta, en la medida que reconoce las diferentes representaciones del proceso salud-enfermedad y los muchos recursos y métodos de cura y cuidado desarrollados por la población.

En un contexto marcado por conocimientos en mutación y correcciones permanentes, la Antropología busca categorizar, analizar y organizar una base teórica interdisciplinaria, mediadora de los diferentes "saberes" y "haceres" de las innumerables trayectorias de curación y cuidado adoptadas frente al proceso salud y enfermedad. Fundamentada en el principio dialéctico de la realidad social, sin fragmentar o ignorar los conocimientos existentes, la Antropología, y más particularmente la Antropología de la Salud, podrá realizar una trayectoria que preserve la autonomía de las personas, al establecer un lenguaje interdisciplinario para intermediar las relaciones del usuario con el sistema de atención formal de salud, sin la pérdida de los recursos tradicionalmente establecidos por la población para el autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou, S. (1992). *Cultures et droits de l'homme*. Paris: Pluriel.
- Augé, M. (1993). *Le sens des autres*. Paris: Fayard.
- Augé, M. (1999). *Atualidade da antropologia: o sentido dos outros*. Petrópolis: Vozes.
- Budó, M. (2002). *Prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira*. Florianópolis: Programa de Post Graduação de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina.
- Campos-Navarro, R. (1989). Causas De Consulta Del Curanderismo Urbano. *América Indígena*, 49(4) 703-725.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Cuche, A. (1999). *Noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração. .
- Da Matta, R. (1987). *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Durozoi, G., & Roussel, A. (2002). *Dicionário de filosofia* (4ª. ed.). Campinas: Papyrus.
- Engels, F. (2000). *A origem da família, da propriedade privada e do estado* (15a. ed.). Rio De Janeiro: Bertrand Brasil.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: University Of California Press.
- Foucault, M. (1987). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta.
- Geertz, C. A. (1989). *Interpretação das culturas*. Rio De Janeiro: Zahar.
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Langdon, E. J. (1996). Doença Como Experiência: A Construção Da Doença E Seu Desafio Para A Prática Médica. *Antropologia Em Primeira Mão*, 12.
- Laplantine, F. (1988). *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense.
- Lefèvre, F. (1991). *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- Lunardi, V. L. (1999). *A ética como o cuidado de si e o poder pastoral da enfermagem*. Florianópolis: Programa de Post Graduação de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina. .
- Malinowski, B. (1976). *Uma teoria científica da cultura*. Lisboa: Edições.
- Oliveira, M. L. S., & Bastos, A. C. (2000). Práticas De Atenção À Saúde No Contexto Familiar: Um Estudo Comparativo De Casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 97-107.
- Pimenta, C. (2003). *Apontamentos breves sobre complexidade e interdisciplinariedade nas ciências sociais*. Universidade Do Porto. Recuperado 2 de agosto, 2005 em Disponível Em <http://www.humanismolatino.online.pt/v1/index.php> .
- Silva, Y. F. (1989). Redes e laços sociais: a compradagem e o fenômeno do cuidar entre famílias de uma localidade do interior da Ilha de Santa Catarina. In: *II Encontro De Antropologia Da Região Sul, Porto Alegre*. UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, Y. F. E. (1990a). História De Saúde E Doença: A Medicina Popular Na Ilha De Santa Catarina. In: Reunião Anual De Antropologia, 1990, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, Y. F. (1990b). Histórias De Saúde E Doença Entre Mulheres Do Interior Da Ilha De Santa Catarina. In: *XVII Reunião Brasileira De Antropologia*, Florianópolis.
- Silva, Y. F. (1991). *Doenças e Tratamentos Entre Famílias Do Ribeirão Da Ilha*. Dissertação (Mestrado) Programa De Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis. Brasil.
- Silva, Y. F. (1992). Doenças e tratamentos entre famílias de ascendência açoriana no ribeirão da ilha. In: *IV Semana De Estudos Açorianos, Florianópolis*. Anais. Florianópolis: Universidade Federal De Santa Catarina.
- Silva, Y. F. (1994). Antropologia da saúde - sistemas de curas e alternativas populares de tratamento. In: *Congresso Brasileiro De Enfermagem, Goiânia*. Associação Brasileira de Enfermagem de Goiânia..
- Silva, Y. F. (1995). Ser ou estar saudável: ¿O que pensam e o que fazem as mulheres negras de 12-65 anos quando estão doentes? In: *Congresso Brasileiro De Enfermagem, Salvador*. Associação Brasileira de Enfermagem de Goiânia.
- Silva, Y. F., & Franco, C. (1996). *Saúde e do-*

- ença: uma abordagem cultural da enfermagem.* Florianópolis: Papa-livros.
- Víctora, C. G., Kanuth, D. R., & Hassen, M. De N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.* Porto Alegre: Tomo.
- Weil, P. (1987). *Nova linguagem holística: um guia alfabético. Pontes sobre novas fronteiras das ciências física, biológicas, humanas e as tradições espirituais.* Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- Weil, P. (1993). *Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento.* São Paulo: Summus.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artes Médicas.