

“Cantos e saberes”: processo de construção de um documentário sobre plantas medicinais

“Cantos e saberes”: process of building a documentary about medicinal plants

“Cantos e saberes”: proceso de construcción de un documental sobre hierbas medicinales

Juliana Alves Starosta^{1,a}

juliana.starosta@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-8681-1303>

Mônica de Caldas Rosa dos Anjos^{2,b}

monica.anjos@ufpr.br | <https://orcid.org/0000-0002-8039-3398>

¹ Universidade Federal do Paraná, Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Nutrição. Curitiba, PR, Brasil.

^a Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Paraná.

^b Doutorado em Educação Científica e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Resumo

As práticas integrativas e complementares buscam espaço em um contexto pautado na visão biologicista da saúde. Neste sentido, os saberes tradicionais e populares têm sido silenciados, sendo seu potencial promotor de saúde reduzido às práticas individuais, reprimidas pelo sistema que provê o cuidado à saúde. Este artigo tem por objetivo a descrição do processo de construção do documentário Cantos e Saberes, com mulheres, sobre saberes e práticas populares do uso de plantas medicinais. O gênero documentário promove comunicação intercultural capaz de trazer o conhecimento carregado de subjetividades e impressões. A montagem do documentário é pautada na análise do discurso das personagens, aprimorando a compreensão sobre a problemática do silenciamento dos seus saberes. Além disso, o produto deste trabalho funciona como propagador dos conhecimentos reunidos por meio das entrevistas, multiplicando as informações para diversas esferas, incluindo, neste caso, pesquisadores, profissionais e comunidades, proporcionando o diálogo entre os saberes.

Palavras-chave: Análise do discurso; Terapias complementares; Promoção da saúde; Ciência nas artes; Atenção primária à saúde.

Abstract

Integrative and complementary practices look for space in a context lined up with the biologist view of health. Besides, the traditional and popular knowledge has been silenced, being its potential health promoter reduced to individual practices, repressed by the system which provides health care. This article aims to describe the process of construction of a documentary under the title Cantos e Saberes, with women, about learning and practices of the medicinal plants use. The documentary genre promotes intercultural communication capable of bringing information loaded with subjectivities and impressions. The documentary editing is based on the discourse analysis of the characters, improving the understanding of the problem regarding the silence in health care about their medicinal plants knowledge. The work product also serves as diffuser for the knowledge gathered by means of the interviews, multiplying the information to different spheres, including researchers, professionals and communities, providing the dialogue between different forms of knowledge.

Keywords: Discourse analysis; Complementary therapies; Health promotion; Science in the arts; Primary health care.

Resumen

Las prácticas integrativas y complementarias buscan espacio en un contexto pautado en la visión biologicista de la salud. En ese sentido, los saberes tradicionales y populares son silenciados, teniendo su potencial promotor de salud reducido a prácticas individuales, reprimidas por el sistema que proporciona el cuidado a la salud. Este artículo tiene por objetivo la descripción de la construcción del documental Cantos y Saberes, con mujeres, sobre saberes y prácticas populares del uso de hierbas medicinales. El género documental promueve comunicación intercultural capaz de traer el conocimiento cargado de subjetividades e impresiones. El montaje del documental es pautado en análisis del discurso de los personajes, mejorando la comprensión de la problemática del silenciamiento de sus saberes. Además, el producto de este trabajo propaga los conocimientos reunidos por medio de las entrevistas, multiplicando las informaciones para diversas esferas, incluyendo, en este caso, investigadores, profesionales y comunidades, proporcionando el diálogo entre los saberes.

Palabras clave: Análisis del discurso; Terapias complementarias; Promoción de la salud, Ciencia en las artes; Atención primaria de salud.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Juliana Alves Starosta e Mônica de Caldas Rosa dos Anjos.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Juliana Alves Starosta.

Redação do manuscrito: Juliana Alves Starosta.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Juliana Alves Starosta e Mônica de Caldas Rosa dos Anjos.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: Ministério da Educação.

Considerações éticas: Baseado em pesquisa registrada e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE: 42743415.0.0000.0102.5.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: ao Ministério da Educação.

Histórico do artigo: submetido: 11 fev. 2019 | aceito: 27 out. 2019 | publicado: 31 mar. 2020.

Apresentação anterior: não houve.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

As práticas complementares, das mais antigas até as mais recentes, dedicam-se ao cuidado com a saúde dos indivíduos¹. Cerca de 80% da população mundial depende de fontes naturais para manutenção da saúde, principalmente nas condições que são demandadas da atenção primária à saúde², estando o uso de plantas medicinais presente em diversas culturas.

O uso medicinal das plantas tem espaço nas práticas da humanidade há muito tempo e teve início antes do aparecimento da escrita, sendo desenvolvido a partir da observação da natureza, ou seja, a partir de conhecimento empírico³. A humanidade precisou buscar na natureza a resposta para os seus males, fossem esses espirituais ou físicos, empregando as plantas nos processos de cura. O conhecimento adquirido por meio do empirismo, preservado por representantes das comunidades que exerciam a cura, seguiu sendo transmitido oralmente às gerações sucessivas, até o surgimento da escrita, quando passou ser a compilado⁴.

Durante a Antiguidade praticamente todas as civilizações faziam uso de plantas medicinais. Os principais registros surgiram cerca de 3000 anos a.C. na China, com descrições feitas por imperadores, como Sheng Nung e Huan Ti, que mencionam diversas plantas, a exemplo do ginseng. No antigo Egito também existem registros da sistematização do uso de plantas medicinais, como o papiro de Ebers que catalogou 125 plantas e mais de 800 receitas de uso^{3,5}.

A medicina Ayurveda, sistema medicinal milenar que predomina na Índia, registrou em seus compilados, cerca de 1500 anos a.C., muitas plantas que são utilizadas atualmente e somando-se às culturas egípcia, grega e romana, contribuiu para o acúmulo de conhecimentos tradicionais acerca das plantas medicinais, socializados a toda a humanidade, como herança dessa construção histórica³. Ao longo das idades Média, Antiga e Moderna muito se desenvolveu a respeito do uso de plantas na terapia, com a publicação de estudos aprofundados. Grandes nomes, como o de Galeno e Paracelso, marcaram a história da medicina e trouxeram princípios terapêuticos baseados no uso da natureza, sendo utilizados até a atualidade⁴.

Na Idade Contemporânea, o empirismo e a alquimia passaram a ser substituídos pela produção laboratorial de substâncias, o que alterou completamente a relação da humanidade com os medicamentos. Reproduziu-se um olhar mais industrializado para as terapias, contribuindo para a preferência às drogas sintéticas⁶.

Os processos de industrialização e urbanização e a pressão econômica exercida para essa mudança transformaram valores, resultando na perda de elementos culturais e na desvalorização de tradições importantes. O resultado é a ameaça à equidade social e à identidade local, o que influencia diretamente o modo de vida⁷, tendo impacto também na autonomia e no protagonismo dentro das comunidades, bem como no cuidado com a saúde.

Apesar do processo de industrialização, a prática do uso de plantas medicinais é ainda muito presente em diversas comunidades, como ferramenta de manutenção da saúde, corroborando as observações populares acumuladas sobre seus efeitos durante a história da humanidade. Em muitas comunidades e grupos étnicos, principalmente de países em desenvolvimento, há uma dependência em relação ao uso das plantas medicinais, visto ser o único recurso terapêutico disponível^{4,8}.

No Brasil, um país com extrema biodiversidade, onde ocorre ampla utilização de recursos naturais para o manejo da saúde, os conhecimentos sobre as plantas medicinais derivam dos costumes indígenas, bem como das tradições trazidas pelos escravos e imigrantes, sendo enraizados e difundidos pela população⁹.

O cenário criado pelas forças políticas hegemônicas contribuiu para que, no âmbito da terapêutica das plantas medicinais, apenas o uso de fitoterápicos seja tomado como seguro e eficaz, restringindo sua aplicação exclusivamente a quem prescreve. Dessa maneira, ofuscam-se outras formas de saber circulantes, excluindo estratégias importantes para o cuidado da saúde¹⁰.

Os saberes tradicionais foram invadidos pela visão biomédica, no momento em que passaram a ser estudados e explicados de acordo com entendimentos externos. Segundo Freire¹¹, quando há invasão

cultural, e conseqüente sobreposição de valores, a tendência é que os saberes se polarizem, e a atuação do saber invasor é prescritiva e autoritária, buscando meios como a propaganda e a massificação para se manter no poder. Sem o diálogo, não é possível estabelecer o desenvolvimento dos saberes. Não se busca a desconstrução total da ciência estabelecida sob os moldes hegemônicos, e sim a sua problematização para que se observe suas repercussões no mundo e a correspondente repercussão inversa.

A ciência é um dos apoios para a validação das práticas integrativas e complementares, não devendo ser o único meio para explicá-las e respaldá-las, tendo em vista que, para ela, o objeto de pesquisa recortado para análises mais aprofundadas pode ser desvinculado de determinantes mais amplos. Neste sentido, é necessário explorar a temática tendo, nas comunidades, as fontes desses conhecimentos e dessas tradições tão presentes na atenção primária à saúde^{1,2}, e sendo o conhecimento respeitado pelo serviço de saúde, de modo a conciliar as crenças dos sujeitos no tratamento considerado adequado³.

As relações de cuidado que permeiam a troca de saberes acerca das plantas medicinais se completam quando ambos os lados - equipe e comunidade - compartilham suas experiências. O resultado é o equilíbrio entre saberes tradicionais e aspectos mais científicos, construindo a atenção e promoção à saúde de maneira rica e diversa¹⁰, considerando que, quando uma prática é enriquecida com a teoria, o sujeito se apropria mais lucidamente de suas ações¹¹.

Atrelar ou resgatar o uso de plantas medicinais na atenção à saúde promove valores culturais, aumentando o vínculo da equipe com a comunidade, devolvendo a essa última a autonomia no cuidado. Para tanto, a abordagem não pode ser apenas por meio de prescrições, podendo acontecer sob diversas formas de trabalho, como farmácias e estabelecimentos que permitem a dispensação das drogas vegetais, hortos didáticos, hortas comunitárias, oficinas e rodas de conversa sobre o tema¹⁰.

Avanços e desafios da proposta de assistência integral à saúde

Da mesma forma que grande parcela da população tem a natureza como fonte de cuidado para a saúde, depende de práticas leves e longitudinais, reunidas na atenção primária à saúde, que, no Brasil, absorve grande demanda da população¹⁴. O início da estruturação do Sistema Único de Saúde, com o marco da Constituição Federal de 1988¹⁵, culminou com a construção de uma série de políticas públicas que direcionam as ações em saúde para que essa demanda seja atendida.

O Programa Saúde da Família, desmembrado em estratégia¹⁶ de ação para transformar o modelo de assistência oferecida à população brasileira, criou espaços de produção de saúde desde o final do século XX. Esses espaços são pautados na organização do processo de trabalho de maneira que se conheça o território e que se arranje equipes e serviços de acordo com as necessidades da comunidade¹⁷. Isso se aplica, com grande peso, à atenção primária à saúde, porta de entrada da assistência.

Esse programa pressupõe que os processos terapêuticos ocorram mediante contribuição de todas as partes envolvidas. Quem cuida e quem é cuidado devem interagir de maneira que as subjetividades e questões específicas da comunidade sejam consideradas e absorvidas pela técnica proposta¹⁸.

A valorização do território, demonstrada pelo desenvolvimento das práticas conhecidas e praticadas pela comunidade denotam o interesse pela integralidade da atenção à saúde, e deve ser estimulada enquanto política nacional e diretriz para os serviços. Os saberes populares são a condensação das práticas estabelecidas e reproduzidas nas comunidades, herdadas por meio da oralidade, representando determinado agrupamento cultural.

Políticas de saúde como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares¹⁹ propõem nacionalmente a utilização da fitoterapia e plantas medicinais, bem como de outras práticas alternativas, priorizando a atenção primária como campo de prática. Entretanto, os serviços de saúde mostram resistência ao emprego de muitas práticas complementares, seja por desconhecimento sobre o uso de plantas medicinais,

seja pelo domínio que a biomedicina e as práticas hegemônicas exercem, ou até mesmo a pressão da indústria farmacêutica²⁰. Esses fatores impactam o direcionamento de pesquisas sobre plantas medicinais, resultando em um distanciamento entre a ciência e o conhecimento popular, deslegitimando o último²¹.

Ocorre a desvalorização generalizada dessas práticas perante a supremacia científica, que tem como grande aliado o poder político do complexo médico-industrial. Cabe ressaltar o grande impacto gerado nas formulações de políticas públicas, que mesmo construídas com muita luta, precisam resistir às influências mercantis. Além disso, o Brasil é um país vasto, com diversidade abundante de racionalidades, que talvez não caibam sob uma mesma designação. Isso contribui para a desunião de forças e instituições na consolidação das práticas integrativas, principalmente dentro dos critérios do Sistema Único de Saúde¹.

A busca da cura bem como da manutenção do estado de saúde demandam autonomia, para escolha do percurso a ser realizado, e uma parcela de responsabilidade sobre processo terapêutico. A equipe de saúde que se propõe a participar promovendo esse processo deve trabalhar para que o usuário seja protagonista na sua própria busca, permitindo que as singularidades sejam respeitadas e incluídas no manejo do cuidado¹⁸.

A padronização do saber facilita sua replicação, e é útil enquanto ela perpetua saberes na formação dos profissionais que dividirão a responsabilidade nos processos de saúde. Entretanto, vai contra a lógica da integralidade quando se criam categorias diagnósticas engessadas que respondem aos estímulos do poder econômico e não à realidade e individualidades de quem busca melhores condições para a vida e a saúde¹⁸.

O olhar para a saúde, sob o viés da determinação social, permitiu que formas não dominantes de cuidado se destacassem e, ao serem comparadas às maneiras já instituídas e consolidadas, mostram quão excludente é o cientificismo. A individualidade de cada prática não se dá pelas suas características, e sim pelo não enquadramento como técnicas hegemônicas²¹.

É importante destacar que, assim como em tantas modalidades de conhecimento, o desenvolvimento de saberes sobre as plantas medicinais não é restrito à ciência, tendo o espaço da comunidade e toda sua culturalidade como um grande promotor. O saber científico não pode ser tomado como definitivo²². O reconhecimento dos saberes locais favorece o aproveitamento de seu potencial promotor de saúde, em especial quando socializado entre comunidade e profissionais de saúde. Para tanto, buscam-se metodologias que efetivamente elucidem as práticas tradicionais, de modo a serem incorporadas e, realmente, integradas às práticas de saúde, no âmbito da atenção primária¹⁴.

A própria Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) reconhece a necessidade de um diálogo que promova a socialização de saberes e práticas populares, não desarticulados dos conhecimentos técnico-científicos, de modo a reconhecer e valorizar as culturas populares, bem como incentivar o protagonismo dos sujeitos no enfrentamento dos problemas relacionados à saúde²³.

No entanto, além do contexto de dificuldades enfrentadas pelos saberes populares e práticas não convencionais de saúde, enfrentam-se outros obstáculos, que não atingem somente a saúde, mas também a educação e tantos outros direitos. A onda do conservadorismo tem atingido as decisões coletivas do Brasil, e uma reformulação do corpo político tem modificado normativas que vêm construindo e modificando a saúde pública há algumas décadas. Pode-se citar a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016¹⁵, que congelou os investimentos públicos em diversas áreas, uma grande fatia dos quais destinados à saúde e à reformulação da Política Nacional de Atenção Básica²⁴ (PNAB), que norteiam as ações da mais extensa rede de atendimento à saúde.

O desinvestimento no setor público, e o fortalecimento do privado contribui com o desmonte de uma política que promove a saúde. A ambivalência da nova PNAB, observada na forma como foi escrita, a descompromete com a prestação do serviço integral, com a ampliação da abrangência da Estratégia Saúde da Família, resultando na desmotivação para o diálogo e a troca de saberes com a comunidade¹⁷.

Em um sistema precarizado, é natural que a comunidade busque vias fáceis para manejo da saúde, e mesmo o retorno à autonomia no autocuidado. É evidente que a divulgação de informações sobre a saúde em meios como a internet atinge uma grande parcela da população. A internet pode atuar em concorrência

com mediadores dos processos terapêuticos, quando modifica a assimetria que possa existir na relação entre usuário e profissional. Portanto, é um canal de acesso à informação e saúde que deve ser fortalecido e entendido como uma nova ferramenta para equilibrar esta relação²⁵.

Surge a importância de incentivo à produção de materiais que contribuam tanto para a formação do profissional, como da comunidade, mesclando elementos que sejam comuns a cada um dos universos e seja acessível às partes que usufruem da informação.

Documentário como estratégia de comunicação cultural

Os mais variados tipos de materiais veiculados pelas mídias de comunicação permitem uma reprodução e replicação do real. Assim, o cinema, essa forma de transmissão imagética de informações do mundo real, fidedignas ou não, torna-se um grande formador cultural quando contribui para a construção do imaginário coletivo²⁶. Um filme pode ampliar o acesso a muitas realidades, representando as relações sociais e o espaço geográfico onde elas ocorrem²⁷.

As imagens contidas em um filme recriam, exibem e reconstróem o mundo concreto, tornando conhecidos os espaços e auxiliando a apropriação dos mesmos, bem como estreitando a relação entre mundo real e imagem produzida²⁶. O documentário também pode incorporar a opinião de seu criador, sendo marcado por escolhas subjetivas que, a partir de diversos recortes da ideia inicial, resultam na representação de um discurso²⁸.

Além de funcionar como um replicador de informações para o público em geral, um filme pode ser uma ferramenta de educação, quando sua utilização é direcionada para abordar determinado assunto. Sendo assim, o cinema mostra-se uma rica fonte para a educação, transmitindo informações de maneira acessível, utilizando meios subjetivos para assimilação do conteúdo e potencializando temas de cunho social²⁹. Além da disseminação de saberes de um meio acadêmico e científico para a sociedade, traz a sabedoria popular para o foco da ciência, enriquecendo discussões³⁰.

Rosenthal³¹ orienta que a definição de algumas etapas auxilia a construção de um documentário, tais como: a escolha do assunto e título; informações estruturais, como a duração do filme; apresentação do assunto com justificativa de sua relevância, baseada em pesquisa sobre o tema; estratégias de acesso ao material fílmico e processamento desse material; e, por fim, público-alvo.

A construção do argumento é outra etapa importante, visto ser um resumo do desenvolvimento do documentário, contendo os principais eventos, a descrição das personagens que vão compor a história, os conflitos presentes e a repercussão proposta para a sociedade. A roteirização ocorre de maneira flexível, uma vez que o desenho do filme se altera ao longo da produção, conforme o tema escolhido e a forma de abordagem²⁷. Essa imprevisibilidade não demonstra menor controle sobre o tema ou o processo de filmagem em relação a outros gêneros do cinema. Este controle manifesta-se em outros aspectos do filme, como na pesquisa, documental e em campo, que o embasa, e no preparo de participantes do filme entre outras circunstâncias³².

Os filmes do gênero documentário apresentam-se como coletas de evidências, e quaisquer materiais que enriqueçam a proposta, como imagens, vídeos, pesquisas, mapas devem ser captados e selecionados. O material pode ser obtido usualmente em quatro tipos principais de fontes: material impresso, material de arquivo (fotos, filmes e arquivos de som), entrevistas e pesquisas de campo onde ocorrerão as filmagens³¹.

Além das imagens utilizadas, outro importante componente é o material sonoro, podendo este ser de cinco naturezas: som direto, som de arquivos, efeitos sonoros, trilha musical e voz *over*, que é o som da voz que não tem sua origem ligada à imagem que é exposta, sobreposta durante a montagem. A voz do documentário possui uma grande capacidade discursiva, articulando as informações colocadas, expressando a opinião de quem constrói o filme e possibilitando a compreensão do assunto²⁸.

A proposição de que documentários se diferenciam de filmes de ficção por exibirem a realidade pode mostrar-se superficial, visto que o gênero parte do recorte direto da realidade, que é modelado de acordo com o crivo

de quem o produz, o que acarreta a criação de um efeito de sentido. De acordo com Nichols³³, a identificação de um filme como pertencente ao domínio documentário depende de características como quem o produz, como se constitui sua materialidade e qual a relação e o diálogo estabelecido com a audiência, sendo que essas características se articulam produzindo um discurso sobre a história acessada por cada uma das partes.

Existem seis subgêneros de filmes do tipo documentário: poético, expositivo, participativo, observativo, reflexivo e performático, e usualmente mesclam-se as modalidades de documentário ao longo da construção de um filme, utilizando-se de vários elementos para transmitir a mensagem da maneira desejada²⁸.

O documentário, cuja construção é descrita neste artigo, mescla elementos de documentário do tipo expositivo e reflexivo, tendo como base para narração entrevistas, passando por certos elementos poéticos. O mesmo, levanta informações sobre o uso de plantas medicinais, respeitando as tradições e saberes populares deste uso, e promove o material obtido de maneira interativa e acessível.

Diante deste cenário, este artigo tem por objetivo apresentar o processo de produção do documentário Cantos e Saberes, com mulheres, sobre saberes e práticas populares do uso de plantas medicinais.

Metodologia

A produção do documentário aqui descrito faz parte da pesquisa ‘Quintais Produtivos e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional’.

Esse recorte encontra-se, hoje, vinculado à Residência Multiprofissional Saúde da Família, e iniciou-se com uma investigação de campo do farmacêutico Roney Hoffmann. Em seu trabalho intitulado ‘Saberes populares de plantas medicinais: um grito inaudível?’, Hoffmann buscou identificar a percepção de mulheres frente à visibilidade social de saberes populares relacionados ao uso de plantas medicinais no processo de saúde-doença³⁴.

Para construção do documentário, fez-se necessária a realização de uma pesquisa qualitativa e exploratória, cujo objeto de análise versa sobre saberes e práticas tradicionais do uso de plantas medicinais, circulantes entre mulheres frequentadoras do Grupo da Horta, promovido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família Central, localizado no município de Piraquara-PR. As mulheres, participantes do grupo, são maiores de 18 anos, têm residência fixa no referido município, e são atendidas pelo serviço de saúde local.

Durante as reuniões do Grupo da Horta, as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e do documentário e, após aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este grupo é motivado pela troca de saberes e manutenção de hortas comunitárias, e, ao longo dos encontros, construiu-se a proposta da criação do documentário, de maneira a promover muitos desses saberes a partir de sua captação em ambientes pessoais das participantes, como suas casas e suas hortas.

Para coleta das informações necessárias à construção do documentário, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo roteiro norteador, sobre as seguintes temáticas: plantas medicinais, usos, construção do conhecimento popular e tradicional, e impactos dessa prática integrativa na percepção e cuidado da saúde.

As entrevistas foram filmadas e recortadas, de modo a gerar material suficiente para a construção do documentário. Todo o processo de construção do documentário incluiu a análise de discurso, abordagem francesa³⁵, sobre as falas dessas mulheres, para compreensão, aprofundamento e recorte da realidade a ser apresentada.

Toda a materialidade do filme, como sua montagem, a sequência de planos, o enquadramento, os sons e outros elementos organizam o discurso filmico, de acordo com a articulação de subjetividades e construções históricas, resultando em um retrato da realidade não necessariamente transparente. É necessário explorar o lugar de fala do gênero documentário, pois ele possui responsabilidade na construção da interpretação da coletividade e se coloca ao lado de outros discursos, permitindo que conjuntamente com sua audiência crie novos significados³².

O documentário foi estruturado com base no seguinte roteiro norteador: o filme inicia com um plano simples que mostra o nome do documentário tocando ao fundo a canção Cana Verde, composição da

dupla Tinoco e Tónico (João Salvador Perez e José Perez), interpretada pelas participantes, denominadas personagens do documentário. Em conjunto com as imagens da horta, sugere-se o tema do documentário, que trata sobre cantos e saberes populares, bastante difundidos na convivência em comunidade.

A narrativa linear foi selecionada para que fossem trazidas as informações pertinentes à realidade que se buscou representar. As cenas das hortas remetem ao ambiente em que se desenvolve o documentário e também o ambiente onde nasce o conflito apresentado, sendo a discussão aprofundada ao longo dos depoimentos apresentados, bem como o significado pessoal atribuído ao uso das plantas medicinais.

As histórias das mulheres entrevistadas foram trazidas para contextualizar as raízes dos saberes populares sobre plantas medicinais carregados por elas, pois a origem do conhecimento se dá nas experiências vivenciadas por cada uma, de acordo com sua realidade e sua convivência com a comunidade e família. Nesse momento, inicia-se a introdução ao assunto do documentário, mostrando a maneira como o saber popular se manifesta e quem são suas guardiãs e multiplicadoras. A apresentação das personagens ocorre de maneira progressiva, mesclando suas falas e experiências em um ambiente em que se sentem à vontade. Buscou-se trazer também a autopercepção da saúde e como relacionam o cuidado no cenário histórico em que se encontram.

Em seguida, representa-se a experiência pessoal com as plantas medicinais de cada uma das personagens. Como cada uma se relaciona com esse saber e como o aplica no seu cotidiano, utilizando esse conhecimento para o seu bem e o bem de sua comunidade. O questionamento a respeito da relação com os serviços de saúde tem como objetivo exemplificar a dificuldade que afeta a convivência entre conhecimentos hegemônicos e saberes populares e tradicionais, confrontando a tranquilidade e fluidez propagadas pelas políticas que abarcam esses assuntos. A realidade prática se distancia da prevista, por inúmeras questões e por interesses externos¹. Algumas tentativas de trabalho em conjunto e socialização de saberes são demonstradas nos depoimentos, mas busca-se principalmente destacar a visão da comunidade sobre essas interações.

Por fim, o documentário ainda objetiva propagar os saberes populares por vezes silenciados. Neste sentido, receitas e explicações sobre os usos de plantas medicinais foram compilados, para que sejam disseminados a quem interessar e buscar consumir essa mídia, tornando o grito inaudível³⁴ um sussurro audível e respeitado.

Resultado

Como produto desta pesquisa obteve-se o documentário Cantos e Saberes¹.

Discussão

Para demonstrar o discurso proposto pelo documentário, foram selecionadas falas das participantes, a fim de justificar a estrutura proposta pelo roteiro e sua realização a partir dos recortes realizados para a montagem.

A música trazida no início representa o sentimento discutido ao longo do filme. A rejeição da verdade que está para todos verem e o saber que é excluído por não se encaixar dentro de uma restrita hegemonia chegaram, basta ‘abrir a porta e a janela’. Logo em seguida é trazida a fala de uma profissional da saúde, que sobreposta às imagens das hortas, realiza comparações entre saúde, natureza e as plantas ‘que são curadoras’, pois

[...] quando há algo que destrói uma área de terra, vêm plantas que cobrem essa terra como se fossem a pele da terra (EC, 2018).

As considerações trazidas inicialmente abrem caminho para a discussão do tema, partindo de uma visão alinhada com o restante do conteúdo, já que se tratam de opiniões vindas de uma representante que atua

i Disponível em: <https://youtu.be/7iugO75gWi4>.

nos serviços de saúde, com quem as pessoas, que ali trabalham, não demonstram, abertamente, disposição para debater a temática. Essa personagem possui um lugar de fala diferenciado das demais personagens, no entanto partilha de uma visão holística de saúde mais próxima e afinada aos saberes populares e tradicionais sobre plantas medicinais.

Na sequência, foram recortadas falas que ambientam o contexto histórico das personagens. Optou-se por realizar a filmagem das entrevistas em um ambiente familiar às personagens, como suas casas, em locais escolhidos por elas, de maneira que as representassem.

Eu vim de lá em setenta e quatro, tinha dezessete anos. Até meus dezessete foi na roça (EL, 2018).

E depois de lá meu pai comprou o sítio em Pérola. De Astorga nós veio pra Pérola e me criemo na Pérola, lá perto de Maringá. Aí chego lá criança, chegou lá era puro mato [...] Nunca vi ter remédio no mundo igual tinha lá no sítio do pai (EO, 2018).

Eu sou mais é de roça, de lavoura, porque me criei em lavoura né [...] Toda a vida eu me criei na lavoura. Mesmo depois de casada [...] eu tinha vaca de leite e tinha três terreno que meu pai deu pra minhas irmãs e eu plantava. Com seis filhos pequenininhos eu conseguia ordenhar umas três vacas, vendia leite, meu filho mais velho vendia leite nas casas (EE, 2018).

A vida no meio rural certamente influenciou a construção desses conhecimentos, sendo determinante no acesso diferenciado aos saberes e às práticas de cuidado da saúde, priorizando o uso das plantas medicinais e outras terapias, como observado nas falas a seguir.

Esses remédios caseiros eu tomo quase todos, porque a minha vó era benzedeira, e eu me criei junto com ela. Então eu aprendi muito de chá com ela (EL, 2018).

Fui conhecer médico depois de casada. Minha mãe sabia fazer tudo quanto é remédio dentro de casa (EO, 2018).

Novamente, a fala da profissional de saúde tem uma dimensão ampla, devendo ser observada por outros ângulos. Neste sentido, a personagem compara a constituição de nossos corpos à constituição da natureza e das plantas, trazendo um sentido para as plantas medicinais, como se fizessem parte do nosso cuidado naturalmente, quando diz:

A saúde, tem que vê-la de uma forma integral, a saúde espiritual, a saúde ambiental, e a saúde pessoal, física também, porém tem muito mais a ver com o que pensamos e com o que sentimos. Porque somos uma porcentagem muito importante em nosso corpo, são uns 70% água [...] as moléculas de água são sensíveis à música, às emoções boas e ruins. E bem, as plantas, e a natureza toda têm essa mesma porcentagem que nós, de água. Porque somos parte da natureza (EC, 2018).

As vivências são resgatadas e ressignificadas no sentido da construção atual das formas de cuidado empregadas, sendo definidoras da maneira de delinear as interpretações do que é saúde, sendo todo o processo de aprendizado atrelado a questões históricas e culturais³⁴. Portanto, questões como a relação das personagens com a saúde também foram observadas. Essas falas remetem ao tempo e ao modo que seus

saberes iniciaram sua construção e sugerem as dificuldades encontradas em relação ao cuidado da saúde, no contexto atual, frente às adversidades mercantilizadoras, como exemplificado nas seguintes falas.

O que é saúde? É como a gente era antigamente, a gente não tinha nada, não tinha dor, a gente trabalhava, a gente comia tudo natural, né? Não tinha nada de agrotóxico, o veneno que ponzava sabia o que ponzava [...] agora hoje em dia, tudo o que você come faz mal. Se você come uma batatinha daqui a pouco você se sente estufada, porque aquele veneno intoxica você. [...] Hoje em dia, menina, tudo se vence. Naquele tempo, nada vencida (EL, 2018).

Nós fazia tudo, com enxada, tinha que carpir milho, não se passava mata-mato. Era tudo plantado, era batatinha arrancar com enxada, era carpir aqueles milho, era quatorze alqueire que meu pai plantava. Tudo a maioria com cavalo e carpia com enxada os capim, não se passava mata-mato (EE, 2018).

Essas e outras memórias influenciam a construção de seus conceitos e os modos de produzir saúde. A memória sustenta a tomada do discurso, quando condiciona a sua produção e acessa uma série de sentidos anteriores ao contexto imediato, promovendo o interdiscurso³⁵.

Na sequência da montagem do documentário, são recortados trechos do discurso das personagens ensinando e revivendo experiências de cura por meio de plantas medicinais. Buscou-se trazer o saber como ele é, em conjunto com outros sentidos que baseiam o mesmo, resgatando a história e os significados que esses saberes relacionam nos discursos. A seguir, alguns trechos exemplificando o que é apresentado no documentário.

E meu amigo com o olho ruim, ruim. Eu falei mas você é um tonto mesmo. O remédio na tua porta aqui ó. Ele falou assim: esse aí não é remédio não, e aí a mulher dele tem esse aí como flor. Eu falei esse aqui não tem nada a ver com flor, esse é um remédio, e remédio dos bão. Eu falei: não precisa ter medo não, aí peguei uma foinha e pinguei no meu olho e o homem pingou no olho dele. Daí ele pingou no olho dele e sarou o olho dele. E o remédio na porta de casa! (EO, 2018).

Tem um monte de raça de capim. Eu falo raça. Qualidade (EL, 2018).

Sabe a mamona? Aqui ninguém dá valor pra mamona. Eu se tivesse meu braço bom, se tivesse assim, como, eu saía fazer colheita das mamona. Pra mim tem muita utilidade, pra ninguém aqui tem (EL, 2018).

Esses trechos denotam a consciência sobre os próprios saberes e a autonomia em utilizá-los e replicá-los. Essas habilidades são, muitas vezes, reconhecidas pela comunidade, sendo as personagens procuradas como uma referência, muitas vezes repetindo a história de uma avó que foi benzedeira, ou da mãe que fazia os remédios para as pessoas da região. Muito desse potencial terapêutico é perdido quando entra em contato com posturas higienistas, medicalizadoras, hegemônicas encontradas nos serviços de saúde. Todo esse arcabouço cultural é invadido, massificando os conhecimentos acerca de saúde e autocuidado, impactando a própria confiança de quem emprega o saber no seu cotidiano.

As pessoas têm que acordar pra vida, não é só médico não, vai claro, faz tudo, mas quando não tem outro jeito vai em médico, e que nem a gente não é estudada pra isso, mas o que sabe, meu Deus, faça. [...] É muito bom aprender, e outra, pra aprender não ocupa lugar né? Eu gosto de aprender tudo, nossa, tudo o que eu vejo eu gosto, sou curiosa. A maior parte que eu sei eu aprendi sozinha, porque eu vejo os outro fazer e fico oiando (EO, 2018).

Algumas outras falas que exemplificam o uso das propriedades curadoras das plantas medicinais e como as personagens experienciam e se relacionam com esse saber:

Ia no médico, e quantas vez nós não saía ruim. [...] De domingo, fui obrigada a sair com ele correndo e foi lá e deu o mesmo remédio que tinha. Não tinha jeito, e até água fazia mal pra ele. E ele curou com batatinha. [...] E ele sarou que nunca mais mesmo teve problema de estômago de jeito nenhum. Os remédio que tinha, joguei tudo fora, porque não valia nada (EO, 2018).

Então tira umas folhinha e um dia eu faço de camomila, de um de outro, pra não depender tanto dos remédio (EE, 2018).

Outro remédio que é bom é babosa, meu deus do céu. Uma vizinha minha ela diz que tinha um homem com uma ferida muito feia na perna, e diz que cortaram aquela baba e pôs em cima da ferida e sarou. E diz que era daquela horror memo, aquela câncer lá, ui. E o remédio não cura né. E eles ponharam aquele lá, e ele curou (EO, 2018).

Por fim, são trazidos trechos que sugerem explicações para o problema levantado - a falta de diálogo instaurada entre os saberes - e formulam-se algumas soluções, ou caminhos, para que o conflito mude de rumo. Independe do lugar de fala dos sujeitos que se manifestam, muitas circunstâncias determinantes se assemelham, sugerindo que a situação é vivida por cada uma delas, cada uma à sua maneira, sem deixar de existir uma conexão entre os sentidos que são apresentados. A seguir, falas que remetem a essa última exposição.

Eu acredito que neste momento há um movimento de querer chegar ao saber popular. Esse saber popular, porque os nativos, que já estavam aqui, já conheciam muito bem as plantas e usavam muito bem as plantas. [...] precisamos aprender com nossos antepassados. Não quer dizer que eu não aceite a medicina moderna, mas as medicinas tradicionais, que são as plantas, também têm que ser incluídas e mescladas. Acredito também que muitos pacientes não sentem a confiança com o médico, e outros não contam que têm tomado essa ou aquela erva. Mas acredito que sim, conhecem mais que nós médicos acreditamos. Tem é que perguntar aos avós, tem que voltar aos chazinhos, aos cataplasmas, saber que a terra também nos devolve energia (EC, 2018).

Eu nunca passei um dia com criança no hospital, porque começa eu ver se tem alguma coisa eu corro atrás, eu faço chá de tudo quanto é planta. Se não tiver em casa eu procuro fora, mas remédio mesmo, não tem disso não. Nossa, e eu não tenho preguiça de fazer pros outros não. Se chegar [...] qualquer hora e gritar pra mim, se for pra uma precisão de remédio eu vou. [...] Tem coisa que a gente mesmo dá jeito. Não tem que correr tudo atrás de médico. Porque o médico, ele sabe o remédio só comprado né, e os remédio que é comprado é feito dos remédio de casa também né. E nós faz puro (EO, 2018).

Este movimento de retorno à busca dos saberes populares se faz necessário e, ao partir de uma observação da personagem que representa os serviços de saúde, demonstra a possibilidade dessa postura conviver com o cuidado institucional da saúde. Contudo, a mesma personagem reflete que essa postura é crucial para que o diálogo entre as partes que compõem o processo de cura aconteça. Logo, a construção do diálogo e das relações contribui para a minimização dos processos de inferiorização e objetificação do outro, que tanto influenciam a manutenção da estrutura que predomina e silencia os saberes não formais³⁴.

Conclusão

Ante a importância da busca de novos caminhos para a discussão de temas silenciados pelas forças hegemônicas, a ferramenta documentário mostrou-se promissora para tal fim. O alcance que a informação adquire ao ser promovida em meios mais acessíveis, como o cinema, tornam mais visíveis os saberes selecionados por este trabalho.

Visto o potencial humanizador que as práticas integrativas, racionalidades médicas não hegemônicas, medicinas tradicionais e saberes populares possuem frente ao cuidado de saúde, e em contrapartida, as (re)pressões que as mesmas sofrem por questões políticas e mercantis, é crucial o desenvolvimento novas estratégias de propagação e discussão desses saberes. Esse estímulo parte da esfera educacional, onde se inicia a formação dos profissionais que entrarão em contato com este arcabouço cultural³⁶.

O documentário é uma maneira de comunicação intercultural capaz de trazer o conhecimento carregado de subjetividades e impressões, reproduzindo a realidade e trazendo entendimento para as diversas esferas, incluindo, neste caso, pesquisadores, profissionais e comunidades^{26,37}, proporcionando o diálogo de saberes.

Considera-se que esta pesquisa traz, além da discussão da importância dos saberes tradicionais e populares e demonstração de uma pequena parcela desses conhecimentos, o incentivo para novas abordagens perante o saber científico. A arte, a metáfora, o afeto e tantas outras subjetividades são essenciais para enriquecer a interpretação do mundo e construir novos saberes.

Referências

1. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009 ago.;25(8):1732-42.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. Ginebra; la Organización; 2002.
3. Monteiro SC, Brandelli CLC. Farmacobotânica: aspectos teóricos e aplicação. Porto Alegre: Artmed; 2017.
4. Firmo WCA, Menezes VJM, Passos EC, Dias CN, Alves LPL, Santos ICLDM, Olea RSG. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. *Cad Pesquisa*. 2011 dez.;18(Esp):90-5.
5. Braga CM. Histórico da utilização de plantas medicinais [monografia]. Brasília: Universidade Federal de Brasília; 2011.
6. Simões CMO. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5 ed. Porto Alegre: Editora UFSC; 2003.
7. Hoeffel JLM, Gonçalves NM, Fadini AAB, Seixas SRC. Conhecimento tradicional e uso de plantas medicinais nas APA's Cantareira/SP e Fernão Dias/MG. *Rev Vitas*. 2011;1:1-25.
8. Souza CD, Felfili JM. Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil. *Acta Bot Bras*. 2006 jan.-mar.;20(1):135-42.
9. Campos N. Aprendendo com a mãe terra: plantas medicinais, aromáticas e condimentares. São Paulo: Arte e Ciência; 2006.
10. Antonio G, Tesser CD, Morreti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface*. 2013 jul.-set.;17(46):615-33.
11. Freire, P. Extensão ou comunicação? 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
12. Coulter ID, Willis EM. Complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *Med J Australia*. 2004 June;180(11):587-89.
13. Pamo-Reyna OG. Las creencias populares en la medicina moderna. *Rev Soc Peruana Med Int*. 2013 Enero;26(1):37-43.
14. Schweitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):442-51.

15. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Centro Gráfico; 1988.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). DOU (Imprensa Nacional). 2011 out. 22.
17. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018;42(116):11-24.
18. Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? Ciênc Saúde Coletiva. 2011 nov.;16(11):4327-35.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. DOU (Imprensa Nacional). 2006 maio 04.
20. Lewis M. Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (CAM). J Evid-Based Complem Altern Med. 2011; 16(3):210-17.
21. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 2 ed. São Paulo: Cortez Editora; 2000.
22. Freitas JD, Porto MF. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. Trab Educ Saúde. 2011 jul.-out.;9(2):179-200.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). DOU (Imprensa Nacional). 2013 nov. 20.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU (Imprensa Nacional). 2017 set. 22.
25. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Madeira W. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento, no campo da saúde-doença. Saúde Soc. 2007;16(3):149-57.
26. Costa MHBV. Cinema e construção cultural do espaço geográfico. Rev Bras Est Cin Audiov. 2013 jan.-jun.;2(3):251-62.
27. Puccini S. Considerações sobre o roteiro de documentário. Rev Cient FAP. 2010;6:41-54.
28. Nichols B. Introdução ao documentário. 6 ed. Campinas: Papyrus Editora; 2007.
29. Sá ES, Torres RAT. Cinema como recurso de educação em promoção da saúde. Rev Med. 2013 jun.;92(2):104-8.
30. Bento SFV, Modena CM, Cabral SS. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude. 2018 jul.-set.;12(3):335-45. doi: 10.29397/reciis.v12i3.1357.
31. Rosenthal A. Writing, directing, and producing documentary films and videos. 2 ed. Carbondale: Southern Illinois University Press; 2002.
32. Baltar M. Autoridades eletivas: o lugar do documentário em meio ao universo audiovisual. Rev Fronteiras. 2004 jan.-jun.;6(1):149-167.
33. Nichols B. Representing reality. Bloomington: Indiana University Press; 1991.
34. Hoffmann R. Saberes populares de plantas medicinais: um grito inaudível? [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.
35. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 5 ed. Campinas: Pontes; 2005.
36. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. Trab Edu Saúde. 2012 fev.;9(3):361-78.
37. Blacka K, Lipscombb VB. The promise of documentary theatre to counter ageism in age-friendly communities. J Aging Stud. 2017 Aug;42:32-37. doi: 10.1016/j.jaging.2017.06.001.