

Síndromes vinculadas à cultura nos processos migratórios: o caso dos imigrantes bolivianos

María Teresa Roldán-Chicano¹
José Fernández-Rufete²
César Hueso-Montoro³
María del Mar García-López⁴
Javier Rodríguez-Tello⁵
María Dolores Flores-Bienert⁶

Objetivo: descrever as síndromes vinculadas à cultura mantidas pelos imigrantes bolivianos no novo contexto migratório e analisar os processos de cuidado para esses problemas de saúde. **Método:** projeto de pesquisa de natureza qualitativa e com abordagem metodológica etnográfica. **Amostra:** 27 imigrantes bolivianos. As estratégias para a coleta de dados foram as entrevistas em profundidade e a observação participativa. Os dados foram classificados e categorizados em esquemas lógicos manualmente e por meio do programa ATLAS-ti v.5. **Resultados:** o susto, os “wayras”, o amartelo (tristeza), o pasmo de sol, o pasmo de lua e o pasmo de sereno são algumas das síndromes de caráter popular que acometem os imigrantes bolivianos, e que eles tratam no novo contexto migratório. **Conclusões:** no novo ambiente, as síndromes vinculadas à cultura, comuns em seu país de origem, são mantidas pelo grupo estudado. As formas de cuidado para esses problemas de saúde são adaptadas aos recursos do novo contexto e baseadas em interações com o ambiente doméstico, a biomedicina e a medicina tradicional. Foi constatada a necessidade de que os profissionais de saúde reconheçam que a eficácia de determinadas terapias se dá no âmbito das crenças culturais e não no âmbito da comprovação científica.

Descritores: Características Culturais; Imigração; Competência Cultural; Medicina Tradicional; Bolívia; Enfermagem Transcultural.

¹ PhD, Enfermeira, Hospital General Universitario Santa Lucía, Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, Espanha.

² PhD, Pesquisador, Murcia, Espanha.

³ PhD, Professor Titular, Universidad de Granada, Granada, Espanha.

⁴ MSc, Enfermeira, Centro de Salud Barrio Peral Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, Espanha.

⁵ MSc, Enfermeiro, Hospital General Universitario Santa Lucía, Servicio Murciano de Salud, Cartagena, Murcia, Espanha.

⁶ PhD, Professor Titular, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

Como citar este artigo

Roldán-Chicano MT, Fernández-Rufete J, Hueso-Montoro C, García-López MM, Rodríguez-Tello J, Flores-Bienert MD. Culture-bound syndromes in migratory contexts: the case of Bolivian immigrants. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2915. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1982.2915>.

mês dia ano

URL

Introdução

A biomedicina constrói diagnósticos biologicistas, ahistóricos e aculturais a partir da linguagem do "empírico". Esta "linguagem do concreto" lhes confere uma base científica e objetiva que garante seu caráter universal. No entanto, quando essas doenças se tratam de "entidades vinculadas à cultura"⁽¹⁾ (*Culture-Bound Syndromes*), sua complexa etiologia, descrição e tratamento, lhes impede de ter um "caráter universal", o que, a princípio, as tornam restritas a determinados âmbitos geográficos e culturais.

Uma síndrome culturalmente específica surge "quando os membros de um grupo cultural ou uma comunidade identificam, de comum acordo, um determinado padrão de sintomas e sinais, aos quais atribuem uma determinada causalidade, significação e terapêutica, de modo que constituem entidades fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que surgem", sendo comum o uso de procedimentos de eficiência simbólica para a recuperação do paciente⁽¹⁾.

A pesquisa no âmbito da medicina folclórica tem permitido agrupar uma grande variedade de doenças culturais: *hwa-byungin* na Coreia⁽²⁾, *hikikomori* no Japão⁽³⁾, *empacho* no Chile⁽⁴⁾, o *mau-olhado* nos países mediterrânicos⁽⁵⁾, etc. A área da Saúde Mental e Psiquiatria Transcultural é a que tem dedicado maior atenção a esses problemas de saúde e a que tem investido mais esforços em sua classificação e categorização⁽⁶⁻⁷⁾.

Para alguns autores, as *síndromes culturalmente específicas/delimitadas* não podem ser dissociadas do seu contexto cultural⁽⁸⁾, porque sua etiologia agrupa e simboliza campos de significação e normas de comportamento fundamentais da sociedade. O paciente precisa acreditar nessa realidade e ser membro de uma sociedade que também acredita nela. A doença, portanto, se cristaliza em uma visão de mundo e o reconhecimento de sua realidade depende do grau em que um determinado universo cultural é compartilhado. Todavia, o que acontece quando essa visão de mundo não é compartilhada?

A dimensão social da doença, ou o processo de socialização dos problemas de saúde⁽⁹⁾ adquire, no caso dos imigrantes, uma complexidade especial já que a entrada em um novo contexto pressupõe uma grande mudança⁽¹⁰⁾, que separa o imigrante do ambiente cultural onde surgem as redes semânticas e as definições socialmente compartilhadas do que é ou não doença. Neste ambiente onde aculturação parece um destino inequívoco, como os imigrantes gerenciam essas doenças? E, como a comunidade de imigrantes trata essas doenças culturais nos âmbitos onde a biomedicina exerce sua hegemonia?

A capacidade de imigrar é uma das características diferenciais da nossa espécie e se encontra na base do nosso sucesso evolutivo, mas os intensos níveis de estresse do processo migratório podem comprometer a capacidade de adaptação dos imigrantes e a sua saúde⁽¹¹⁻¹²⁾. Em relação às síndromes vinculadas à cultura, elas têm sido amplamente estudadas nos países de origem, sendo escassos os estudos que as abordam no novo contexto migratório⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O grupo estudado, os imigrantes bolivianos, são caracterizados por uma grande diversidade cultural, já que a Bolívia é um dos países com maior diversidade étnica, (36 povos compõem o mapa étnico da Bolívia)⁽¹⁵⁾. Esta imensa diversidade gera, dependendo do grupo cultural que enfocaremos as nossas observações, um rico repertório de doenças de origem cultural. Este trabalho de pesquisa tenta esclarecer se permanecem no novo contexto migratório as doenças de caráter popular próprias dos bolivianos que imigraram para a Espanha, indivíduos procedentes dos grupos *Quechua*, *Aymara* e *Guarani/Guarayo*, assim como aqueles que não se auto identificaram com nenhum grupo étnico. O objetivo deste estudo é descrever os processos de saúde-doença-assistência relacionados com essas síndromes vinculadas à cultura.

Método

Pesquisa de natureza qualitativa, com uma abordagem metodológica etnográfica "particularizada" ou "focada", desenvolvida na região de Murcia, no Sudeste da Espanha.

Os participantes eram imigrantes bolivianos residentes na Região de Murcia. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: tempo de residência na Espanha de pelo menos dois anos, idade mínima de 18 anos, dar o consentimento para participar do estudo.

Esta pesquisa parte de alguns pressupostos teóricos da Antropologia, como o "autocuidado"⁽¹⁶⁾, onde o indivíduo interpreta suas doenças e faz um uso articulado dos diferentes sistemas de cuidado. O estudo desses conceitos requer duas estratégias essenciais para a coleta de dados: as entrevistas em profundidade e a observação participativa.

Nas entrevistas, com o objetivo de limitar previamente os temas de interesse, foi idealizada uma série de perguntas de natureza ampla e definido um primeiro roteiro, que foi posteriormente remodelado conforme o perfil da amostragem teórica se modificava. As entrevistas tinham uma duração que variava entre 30 e 60 minutos. Os comentários transcritos neste trabalho fazem parte das entrevistas, a letra E corresponde a "Entrevistador" e a letra I corresponde a "Informante".

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos informantes. Cartagena, Região de Murcia, Espanha, 2015

I* D	Departamento	Origem urbana ou rural	Auto identificação com grupo étnico	Idade	Sexo
I* 1	Cochabamba	Rural	Sim, <i>Quechua</i>	35	H†
I* 2	Oruro	Rural	Não	30	H†
I* 3	Cochabamba	Rural	Não	29	H†
I* 4	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Sim, <i>Quechua</i>	33	H†
I* 5	Santa Cruz	Urbana (Santa Cruz)	Sim, <i>Guarani</i>	27	H†
I* 6	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Não	21	M‡
I* 7	Cochabamba	Urbana (Sacaba)	Sim, <i>Quechua</i>	50	M‡
I* 8	Cochabamba	Urbana (Sacaba)	Sim, <i>Quechua</i>	55	H†
I* 9	Cochabamba	Urbana (Sacaba)	Não	30	M‡
I* 10	Cochabamba	Urbana (Sacaba)	Sim, <i>Quechua</i>	31	M‡
I* 11	Cochabamba	Rural (Punata)	Não	27	H†
I* 12	Cochabamba	Rural	Sim, <i>Quechua</i>	37	H†
I* 13	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Não	20	M‡
I* 14	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Não	22	M‡
I* 15	La Paz	Urbana (Quime)	Não	20	M‡
I* 16	La Paz	Urbana (Quime)	Sim, <i>Aymara</i>	20	H†
I* 17	La Paz	Urbana (Quime)	Não	22	M‡
I* 18	Cochabamba	Rural	Não	21	M‡
I* 19	Cochabamba	Urbana (Sacaba)	Sim, <i>Quechua</i>	24	M‡
I* 20	Santa Cruz	Urbana (Santa Cruz)	Não	40	M‡
I* 21	Cochabamba	Urbana (Vinto)	Sim, <i>Quechua</i>	27	M‡
I* 22	Cochabamba	Urbana (Vinto)	Não	30	M‡
I* 23	Beni	Urbana (Trinidad)	Não	34	H†
I* 24	Santa Cruz	Urbana (Santa Cruz)	Sim, <i>Guarayo</i>	35	M‡
I* 25	Santa Cruz	Urbana (Santa Cruz)	Não	30	H†
I* 26	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Sim, <i>Quechua</i>	40	M‡
I* 27	Cochabamba	Urbana (Cochabamba)	Sim, <i>Quechua</i>	43	M‡

*Informante; †Homem; ‡Mulher

No total, foram realizadas 27 entrevistas, 16 com mulheres e 11 com homens, realizadas pela pesquisadora principal do projeto, com experiência prévia na área de pesquisa qualitativa. Os entrevistados pertenciam à faixa etária entre 21 e 55 anos e a média de idade foi de 30 anos. Dos entrevistados, 19 viviam originalmente em um ambiente urbano e o restante provinha de um ambiente rural. A maioria dos informantes pertence ao departamento de Cochabamba, e entre eles, um número considerável se auto identifica como *Quechua*. Este trabalho poderia ter limitado o seu objetivo à visão de mundo andina, no entanto, as entrevistas e a observação participativa realizadas entre os imigrantes da parte ocidental da Bolívia possibilitaram uma perspectiva mais ampla e variada. Do total de entrevistados, 11 se auto identificaram como pertencentes a um grupo étnico definido (8 *Quechuas*, 1 *Aymara*, 1 *Guarani* e 1 *Guarayo*), conforme mostrado na Tabela 1.

A observação participativa foi realizada em mercados, centrais telefônicas, cafés cibernéticos, mercearias e locais públicos, como parques e jardins em

diferentes localidades. A pesquisadora principal conviveu durante um mês com uma família boliviana, o que lhe permitiu uma compreensão mais aprofundada da vida doméstica e das estratégias de autocuidado do grupo. Esta convivência também permitiu ampliar as relações com demais imigrantes bolivianos, possibilitando coletar dados em outros cenários: outros ambientes domésticos (desta vez de forma descontínua), bares, restaurantes, discotecas, etc. Também foram acompanhados vários eventos e celebrações das famílias (aniversários, batizados e diversas celebrações) ou da comunidade (celebração do dia da *pacha-mama*). Portanto, amostragem do tipo "bola de neve" foi a mais utilizada durante a pesquisa, embora no final do estudo, quando parte dos dados já estava analisada, foi dada prioridade a uma amostragem de natureza teórica, onde a escolha dos informantes foi feita de maneira mais seletiva.

O trabalho de campo (observação participativa e entrevistas), que muitas vezes se acrescenta às análises, foi realizada de forma descontínua entre agosto de 2009 e agosto de 2015, sendo concluída quando se alcançou

a saturação teórica e a informação oferecida pelos entrevistados se tornou redundante ou sem valor para a análise etnográfica.

As informações coletadas nas entrevistas por meio de gravações de áudio foram transcritas, contrastadas e enriquecidas com os dados de campo registrados durante de observação participativa. Três pesquisadores organizaram os dados de forma manual e através do programa ATLAS-ti v.5, em códigos, categorias e, posteriormente, em esquemas lógicos que pudessem explicar as síndromes culturalmente específicas do grupo estudado.

Todos os participantes (os entrevistados e os presentes durante a observação participativa) foram informados, tanto sobre o perfil e os interesses da pesquisadora que coletou os dados, assim como sobre as características do projeto de pesquisa (a forma como os dados seriam coletados, os potenciais riscos e os benefícios de participar e como as informações obtidas seriam mantidas confidenciais). Por meio dessas informações foi assegurado que aqueles que deram o seu consentimento para participar teriam valores, interesses e preferências compatíveis com este projeto de pesquisa. As informações foram transmitidas de forma clara e abrangente e foram fornecidos dados para contato (telefone e e-mail) da pesquisadora principal, caso decidissem se retirar do estudo. Oito pessoas se recusaram a participar da pesquisa, a maioria delas argumentando falta de tempo para as entrevistas, mas nenhuma revogou seu consentimento.

Visando reforçar a validade do estudo, foi realizada uma triangulação dos dados da pesquisadora principal e outros dois pesquisadores. Uma análise preliminar dos dados foi apresentada a 3 dos informantes para determinar se eles concordavam e aprovavam as descrições e interpretações feitas sobre as síndromes vinculadas à cultura e seus tratamentos.

Resultados e Discussão

O *susto* ou espanto

De acordo com o conceito de ser humano típica dos grupos culturais e linguísticos *Quechua* e *Aymara*, da cordilheira dos Andes, a pessoa é constituída por um corpo e uma série de elementos psíquicos que são conhecidos como "*ajayu*", "ânimo", "coragem" ou "espírito"⁽¹⁷⁾.

Esta categoria de elementos psíquicos inclui uma hierarquia. A perda do principal elemento psíquico, o "*ajayu*", envolve a morte do indivíduo. Por outro lado, se são perdidos outros elementos psíquicos ("ânimo", "coragem" ou "espírito"), que têm um papel secundário na força vital do indivíduo, o sujeito sofreria de uma

condição com sintomatologia muito confusa⁽¹⁸⁾, que pode ser tratada através da prática ritual adequada⁽¹⁹⁾.

Todos os informantes pertencentes ao planalto boliviano, identificaram o *susto* como uma condição que eles mesmos ou outros membros da família já haviam sofrido na Bolívia, como resultado de qualquer situação inesperada. Alguns informantes argumentaram que na Espanha o *susto* não lhes ocorria porque aqui em seu novo modo de vida, os agentes causais do mesmo haviam desaparecido...

Na Bolívia, me dava o "susto" quando os meus próprios irmãos me assustavam, ou quando um cão ou uma vaca me assustavam..., ou uma rã que surgia de debaixo de algumas rochas ou mesmo de folhas secas ... (...), aqui na Espanha não há rãs que te assustem, porque cada vez que elas me assustavam, me apareciam vergões e me dava uma dor de cabeça muito forte. (I 4)

Embora os adultos também possam se assustar, as crianças e os bebês são o grupo mais sensível e, portanto, mais propensos a padecer do *susto*. Na Espanha, apenas dois informantes descreveram casos de *susto*, os dois ocorreram em crianças. Em um dos casos, a causa do *susto* não foi identificada e no outro, a exposição da criança a um barulho forte foi a origem.

...meu marido e eu não acreditávamos nessas coisas ... e aconteceu que quando minha filha nasceu ... eles são sensíveis a qualquer ruído forte (...), um grande barulho causou o susto nela... (...) ... lhe deu susto ... e chorava e chorava durante a noite e não parava de chorar, minha mãe dizia que estava assustada ..., sua filha está assustada ... porque ela estava sonolenta e acordava de repente...e começava a berrar....(...), e em consequência disso, foi necessário trazer-lhe o ânimo. (I 10)

As diferentes formas de curar o "*susto*" no planalto boliviano incluem o consumo de plantas medicinais⁽²⁰⁾ e uma "chamada da alma perdida", que é feita através de rituais de oferendas (por *yampiris* ou *yatiris*) ou através da "mesa branca", realizada pelos *kallawayas*, que cumprem outros papéis na medicina tradicional andina⁽¹⁹⁾.

O tratamento do *susto* na Espanha adquire uma natureza mais doméstica, uma vez que a incapacidade de entrar em contato com os *yatiris* ou *kallawayas* faz com que qualquer membro da família assuma os papéis do curandeiro e trate o *susto*. Conforme indicaram os nossos informantes, para curar o *susto* é necessário "ter experiência e saber como chamar o ânimo", fazendo com que a responsabilidade dessa prática recaia sobre o membro mais velho da família, em ambos os casos analisados, as avós das duas crianças que sofriam do *susto*

... chamar o ânimo?... aqui tem sido feito no bebê pela minha tia... seu pequeno ânimo foi chamado com incenso...(...)...a minha tia que realizou nele porque ele estava assustado..., e não

parava de chorar..., (...) pode ser realizado por alguém que tenha experiência..., que saiba chamar-lhe o ânimo e tudo isso. (I 9)

Para chamar o ânimo perdido é preciso esperar até a noite, queimar incenso, e com uma peça de roupa usada reivindicar o retorno da alma que “permaneceu no local onde a criança se assustou”.

... com o susto, o ânimo permaneceu onde o susto ocorreu, então é necessário chamar o ânimo à meia noite, quando as pessoas estão dormindo ... então é preciso chamar o ânimo com o gorrinho da menina ou com uma roupa da menina que esteja suja, que a menina tenha colocado ... então alguém sai ao exterior e chama o ânimo (...) incenso é usado com as brasas e o carvão ... assim como o incenso é usado nas igrejas, e assim, o ânimo é chamado “vem meu pequeno anjo, vem, vem” ... e assim ele vai sendo chamado ... e eles passam a dormir bem já no dia seguinte, ou seja ... só vindo para crer. (I 7)

O *susto*, ou sintomas de natureza física ou psicológica que esta síndrome desencadeia, também podem ser racionalizados e tratados na esfera biomédica^(14,17). Na Espanha, e possivelmente mais com frequência do que na Bolívia (devido à impossibilidade de tratamento o *susto* através da medicina tradicional andina), aquele que perdeu sua alma pode decidir recorrer ao médico para aliviar os sintomas sofridos. Um dos informantes, ao analisar as possibilidades de tratamento do *susto* na Espanha, descreve o tratamento desse problema de saúde usando os pressupostos da biomedicina.

...o susto..., é como ter se separado do espírito naquele momento ...e para curá-lo, bem, é que aqui existem médicos ..., há mais possibilidades de se ir ao médico, e no médico irão lhe aplicar injeções (...) porque a pessoa está apática, sua cabeça dói..., então eles aplicam injeções. (I 1)

Machu wayra, limbu wayra: o mau vento do diabo

Às vezes, quando alguém está dormindo, um *vento do diabo*, um *vento ruim*, *machu wayra* ou *limbu wayra*, pode pegar no individual e lhe causar uma doença. Uma das informantes entrevistadas sofreu de *vento ruim* na Espanha ...

*O vento ruim pode acometer idosos e crianças em qualquer noite, essa é uma doença bastante grave e feia, dói como câibras, as crianças começam a chorar e não conseguem dormir ... (...) ... é uma doença que está no ar, um vento do diabo ... (...) ... no dia não acontece nada com você, mas três dias depois ou mais é quando você fica mal, o vento mau pegou em você e você sente dor da cintura para baixo ..., e então você tem que se tratar com o curandeiro, com o *jampiri* ... o *jampiri* lhe cura porque ele fala com o diabo, diz que este é um vento do diabo ... quando o mau vento lhe pega, você passa a andar pelas ruas cabisbaixo como se estivesse chateado ou aborrecido ..., você não consegue dormir, sente dores ou tem pesadelo. (I 21)*

E isso tem lhe acontecido na Espanha? (E)

Sim, eu choro quando eu fico chateado ..., eu me lembro da minha família e que isso já aconteceu comigo, e veio o vento ruim, começou a doer as mãos e me dar câibras e eu não queria mais ficar. (I 21)

Os “*wayra*” são um grupo de doenças transportadas pelo vento, que no caso da informante, desencadearam “recusa”, chateação e até mesmo sintomas neurológicos. Diante desta condição, a entrevistada relata que foi ao médico e percebendo que ele não conseguiu resolver o problema decidiu consultar o “*yampiri* espanhol”, que não curava como os *jampiris* do seu país, mas ele também “rezava”.

O *jampiri espanhol*, como a entrevistada o chamava, na realidade é um dos feiticeiros nativos da Espanha e que nós normalmente chamamos de curandeiros ou benzedores. Os curandeiros afirmam ter uma *graça* inata que lhes permite curar doenças diferentes, que vão desde o mau-olhado até herpes. A flexibilidade do seu espectro de atuação lhes permite integrar uma ampla variedade de doenças (e também de clientes) que, apesar de terem sua base na visão de mundo andina, parecem ser suscetíveis às curas de natureza ritual.

E quando o mau vento pegou você na Espanha, o que você fez? (E)

*Aqui também há *jampiri* (...) só que é espanhol, em Alhama tem..., uma amiga equatoriana me levou a um quando fiquei muito doente, os médicos não resolveram..., não me fizeram nada, fui ao posto de saúde e o médico me prescreveu injeção, mas não conseguia me acalmar, depois disso uma senhora equatoriana me disse que era melhor ir a um *jampiri*. O *jampiri* espanhol me colocou de costas e fez uma reza... (...) ele me curou rezando a Deus e à Virgem ..., me diga seu nome..., ele perguntou meu nome e rezou por mim, ..., e disse que eu poderia dar uma contribuição voluntária a ele de €5 ou €10 ou €20 (...) e pouco a pouco eu me senti melhor, até que eu fiquei curada. (I 21)*

A eficácia simbólica da reza feita pelo curandeiro espanhol, embora não ele invoque ou mencione nenhuma das entidades protetoras da visão de mundo andina (*chullpas*, *pachamama*, *machu wayra* ou *limbu wayra*), se assemelha mais às estratégias de cura da medicina tradicional andina do que às da biomedicina (que foram consideradas ineficazes pela entrevistada).

O sincretismo das curas rituais dos *kallawayas*, *yatiris* e *jampiris*, onde o Cristo e os santos compartilham o protagonismo com a *pachamama* e os *chullpas* ancestrais, permite que a paciente reconheça nas rezas do curandeiro de Alhama algumas entidades de proteção que fazem parte da sua visão de mundo, o que lhe permite considerar essa prática como lógica e coerente. As representações invocadas pelo curandeiro

de Alhama ao orar a Deus e à Virgem parecem ter modificado as funções fisiológicas da paciente, que de acordo com suas palavras, ficou curada por causa das rezas do curandeiro.

Pasmo do sol, pasmo do lua e pasmo do sereno

Os informantes provenientes da parte oriental da Bolívia têm um passado cultural que está inserido no universo das crenças e valores característicos dos *guarayos* e dos *guaranis*, ou pertencem a esses povos, que são alguns dos grupos étnicos que habitam os departamentos de Beni e Santa Cruz. Os imigrantes bolivianos pertencentes a estas regiões descrevem uma condição chamada de “*pasmo*” e que, de acordo com alguns modelos explicativos da doença, essa seria considerada uma condição de natureza exógena, em que a doença se deve à ação de um elemento (real ou simbólico) alheio ao doente.

Os entrevistados descrevem somente os casos de *pasmo* ocorridos na Bolívia, no entanto, na Espanha, práticas de autocuidado são realizadas para preveni-los.

Eu conheci pessoas que morreram por se sentarem no calor ..., ou comer uma fruta quente ... (...) Sim, isso é um mal terrível e que pode matar você... e também durante a madrugada quando caem as pequenas gotas de orvalho, também não se pode comer essa fruta molhada, porque faz mal, você tem que deixá-la secar ... (...) ...o mesmo acontece com o luar ... porque há o pasmo de sol e o pasmo de lua ... a lua também pode causar o pasmo, o luar ... (...) e o pasmo prejudica menos os adultos que os bebês ... não se pode descuidar dos bebês ... porque se as crianças forem atingidas pelo brilho da lua, a moleira delas pode se partir e elas podem morrer ... porque a moleira delas ainda não está fechada (aponta para a cabeça), e se deixam a criança nesse estado, ela morre ... se a deixam assim, ela chora, chora, chora e morre ... e tem que curar a criança com ervas. (I 5)

Os recém-nascidos são mais vulneráveis ao “*pasmo da lua*” e ao “*pasmo do sereno*” por causa da fragilidade de suas “moleiras” (fragilidade nos ossos do crânio). Na raiz desta síndrome encontramos a oposição de dois conceitos contrários, força/fraqueza. O luar e o sereno (orvalho ou relento da noite e da madrugada) são considerados perigosos e especialmente prejudiciais para os recém-nascidos, cujos ossos do crânio ainda não se juntaram, são considerados muito frágeis para desafiar alguns elementos atmosféricos naturais. Para evitar que o lactente tenha “sua cabeça partida”, é preciso untar a sua cabeça com “*óleo de pata*” (sebo de boi) ou com “*óleo de cusí*” (óleo de babaçu), que é preparado e enviado através de remessas por

parentes que permaneceram na Bolívia. O *óleo de pata* é feito com sebo de boi e o *óleo de cusí* é feito com um tipo de fruto, a *calucha* ou coco babaçu, que é extraído da *cusí* (palmeira do babaçu) ou *Attalea speciosa* e usado para tratar a crosta láctea que recobre a moleira dos bebês. Esses são dois remédios tradicionais utilizados na parte ocidental da Bolívia (região Amazônica), para tratar os lactentes e os recém-nascidos (Figura 1).



Figura 1 - Fotografia do “*óleo de pata*” (direita) e do “*óleo de cusí*” (esquerda). Cartagena, Murcia, Espanha, 2015

Esses remédios são geralmente produzidos na Bolívia e enviados por remessas aos pais

Eu passo óleo de pata, que é forte e quente, na moleira da minha filha Rosita, para que ela não pegue friagem e sua cabecinha não se parta. Nós fazemos o óleo de pata fervendo a pata da vaca, e o óleo ... ou seja, a gordura que sai é o óleo de pata ... a minha mãe o prepara na Bolívia e me envia por encomenda ... ela me envia o óleo de pata e o óleo de cusí... para proteger a Rosita quando ela sai ou há sereno ou há luar (...) aqui nós usamos menos do que na Bolívia, na Bolívia saímos de casa com mais frequência, aqui saímos pouco, aqui as crianças ficam mais protegidas. (I 24)

A família transnacional fornece, através do envio dessas encomendas, remédios tradicionais que têm um sentido e um significado cultural que vão além de sua função específica. O envio de alimentos e remédios, por estarem relacionados à esfera do cuidado, têm um grande valor simbólico que fortalece os laços da família transnacional⁽²¹⁾.

Amartelo ou doença da tristeza

A pulseirinha vermelha que a menina usa ... é para alguma coisa? (referindo-me a uma pulseira muito fina e feita de linha vermelha que a sobrinha do entrevistado usa no pulso direito ...)(E)

É uma crença de lá é que eu deixei meu filho antes de imigrar para cá... ,e eles me disseram que eu tenho que colocá-la ... (...) O yatiri e minha mãe me disseram. (...) .., dizem que ali fica meu filho, e ele pode sentir minha falta e ficar doente... e esse “q’aytu” (pulseira) vermelha, que eu mesma faço, eu coloco no meu filho lá e ele não fica doente ... até que

eu não esteja lá ... quando os deixamos assim sozinhos ... para que eles não fiquem doentes ... (...) lhe colocam algo para que se lembrem de você é o que dizem... (I 14)

E quem cuida do seu bebê agora ...? (E)

Minha mãe ... eu telefono frequentemente para ele e envio presentes através de encomendas. (I 14)

Outra síndrome vinculada à cultura ou síndrome culturalmente definida é o "amartelo", esta condição é causada pela distância de um ente querido.

Mesmo à distância, as mães também cuidam de seus filhos e para evitar o "amartelo", amarram uma linha ou "q'aytu" no pulso dos filhos (fio, na língua *Quéchua*), que tinham previamente esfregado em seu corpo, o corpo de quem vai. Para evitar que seus filhos sintam falta delas, as mães também criam laços simbólicos de afeto através de telefonemas e do envio de remessas e presentes⁽²¹⁾.

Os discursos que relatavam a tristeza e a luta pelos entes queridos, a paisagem, a língua, os costumes, etc., são, de acordo com alguns autores, uma constante na relação saúde mental-imigração^(11,22), e que em nosso estudo estavam relacionados com os "wayra" e o *amartelo*.

Procedimentos terapêuticos das síndromes vinculadas à cultura

Os informantes narram os procedimentos terapêuticos na origem (Bolívia) baseados na medicina tradicional ou popular e consultam profissionais especializados na medicina Andina (*jampiris, kallawayas*) para o tratamento de doenças que os médicos não conseguem curar. Esta separação drástica entre "doenças para os médicos" e "doenças para o curandeiro", são baseadas em uma conceituação qualitativamente diferente de saúde e doença: enquanto as medicinas indígenas visam a recuperação do "ser humano" em seu contexto cultural, a biomedicina ou medicina alopática foca seus esforços na recuperação do órgão danificado. Enquanto o sistema de saúde na Bolívia tenta se adaptar para incluir a medicina tradicional⁽²³⁾, na Espanha, a falta de profissionais especializados na medicina tradicional andina define limites mais difusos para esta separação e para os procedimentos terapêuticos que dela derivam.

As formas de tratamento das síndromes vinculadas à cultura fora de seu contexto original, permitem a reavaliação das razões pelas quais nós geralmente consideramos um tipo de tratamento como eficaz. As curas rituais, entre outras razões, são eficazes porque: 1) fazem parte do cenário cultural onde o paciente foi socializado, 2) fazem referência a modelos simbólicos de percepção e concepção do corpo, estrutura social e de parentesco socialmente compartilhados, e 3) são desenvolvidos em cenários onde "habitam" os

protagonistas dos relatos de cura ritual. No caso documentado, o curandeiro espanhol não faz parte do ambiente cultural em que o enfermo foi socializado, mas compartilha com os *jampiris* o uso da palavra como elemento básico da cura ritual e também as referências a algumas representações próprias do contexto de origem (Jesus Cristo, Santos e a Virgem). Estes elementos parecem ser suficientes para que o tratamento seja reconhecido como eficaz, e para que nos países de destino, os imigrantes continuem a procurar a cura ritual⁽²⁴⁾, mesmo que ela não tenha as mesmas características de seu contexto original, Isto nos sugere a flexibilidade de nossos esquemas ao conceituar, explicar e tratar uma doença⁽²⁵⁾.

No contexto dos cuidados de saúde, as diferentes maneiras de conceituar saúde e doença entre os profissionais de saúde e os imigrantes podem desencadear problemas de comunicação, tornando o processo de assistência ineficaz. A eficácia terapêutica de algumas das práticas descritas aqui é muitas vezes questionada quando elas não são realizadas de acordo com a lógica racional das disciplinas de saúde, sendo consideradas irrelevantes ou mesmo prejudiciais, caso sejam realizadas fora das margens estreitas que delimitam a evidência científica.

Portanto, é imprescindível que nos cuidados prestados a grupos de culturas diferentes, o profissional de saúde tenha em conta que certos problemas de saúde e a lógica da eficácia dos seus tratamentos se dão no âmbito das crenças culturais e não da evidência científica. Este ponto de partida pode facilitar o diálogo intercultural e ajudar o profissional a "adaptar" os seus cuidados às particularidades dos diferentes grupos culturais.

Limitações

Os discursos, representações e cenários da esfera da saúde têm sido relegados à margem do foco analítico e, portanto, este trabalho carece de mais resultados que reflitam a relação entre os profissionais de saúde e os imigrantes, nos contextos onde as síndromes vinculadas à cultura aparecem.

As síndromes vinculadas à cultura também evoluem e a globalização faz com que fiquem menos vinculadas à cultura, e sejam cada vez mais influenciadas por fatores que ultrapassam fronteiras, embora este aspecto não tenha sido analisado nesta pesquisa.

Conclusões

No novo ambiente, os imigrantes continuam classificando alguns de seus problemas de saúde como doenças culturalmente definidas: o *susto*, os "wayras", o

amartelo, o pasmo da lua, o pasmo do sol e o pasmo do sereno, nos mostram que no novo ambiente, este grupo mantém a visão de mundo, na qual essas condições e as terapias necessárias para sua cura se baseiam.

A ausência de *yatiris, jampiris e kallawayas* no novo contexto redistribui o peso relativo dos tratamentos das síndromes vinculadas à cultura, dependendo dos recursos do ambiente. O tratamento destas condições foi documentado em três áreas:

-No âmbito doméstico (um membro da família assume a função de *yatiri* ou os remédios feitos na Bolívia são enviados através de encomendas para o tratamento das doenças).

-No âmbito dos serviços oficiais de assistência médica (recorre-se a biomedicina para tratar a aspecto biológico do problema de saúde).

-No âmbito da medicina tradicional (recorre-se a curandeiros e benzedores tradicionais da Espanha).

Referências

- Osorio R M. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles [Internet] México: INI, CIESAS, CONACULTA, INAH; 2001 [acceso 12 nov 2016] Disponible en: https://books.google.es/books?id=MCAOn__1vbkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Park Y-J, Lee S-J, Shin N-M, Shin H, Kang HC, Jin YT, et al. Anger, anger expression, cardiovascular risk factors, and gastrointestinal symptoms by hwa-byung symptoms in Korean adult women. *Appl Nurs Res*. [Internet] 2015 [cited Sept 12, 2016];28(4):398-403. Available from: [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(15\)00045-2/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(15)00045-2/abstract)
- Li TMH, Wong PWC. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet] 2015 [cite Sept 14, 2016];49(7):595-609. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867415581179>
- Campos Navarro R. Empacho: An historical review of popular Chilean childhood disease (1674-2014). *Rev Chil Pediatr*. [Internet] 2016 [cited Nov 9, 2016];87(1):63-8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.024>.
- Berger AS. The evil eye: a cautious look. *J Relig Health*. [Internet] 2013 [cited March 9, 2016];52(3):785-88. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-010-9450-8>
- Alarcón RD. Cultural in roads in DSM-5. *World Psychiatry*. [Internet] 2014 [cited March 9, 2016];13(3):310-13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20132/full>
- Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry Clin Neurosci*. [cited March 10, 2016];70(1):3-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26332813>
- Grefield K. Conceptos de Antropología Médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Bol Antropol*. [Internet] 2004 [acceso 10 sept, 2016];18 (35):361-75. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/view/7051/6467>
- Kottow M. Some thoughts on phenomenology and medicine. *Med Health Care Philos*. [Internet] 2017 [cited March 11, 2017]:1-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-017-9763-4>
- González-Juárez L, Noreña-Peña AL, Cibanal-Juan L. Immigration experience of Latin American working women in Alicante, Spain: an ethnographic study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 [cited Sept 11, 2016];22(5):857-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500857&script=sci_abstract&tlng=es
- Achotegui J. Mi Nombre es Nadie. El Síndrome de Ulises. Emigrar en el Siglo XXI. *Salud Mental y Migración*. pp 591-598. En: *Perverse identities: identities in conflicto*. Bern: Ed Peter Lang; 2015. [Internet] [acceso 9 marzo 2017]. Disponible en: https://www.peterlang.com/view/9783035195279/38_Ch_30.html
- Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Diequez A, Pinto R, et al. Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *J Immigrant Minority Health*. [Internet] 2015 [cited March 8, 2016]; 17(3):947-70. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-013-9968-4>
- Bayles BP, Katerndahl DA. Culture-bound syndromes in Hispanic primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. [Internet] 2009 [cited March 8, 2017]; 39(1):15-31. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.39.1.b>
- Durà-Vilà G, Hodes M. Cross-cultural study of idioms of distress among Spanish nationals and Hispanic American migrants: susto, nervios and ataque de nervios. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]; 2012 [acceso 8 marzo 2017] 47(10):1627-37. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-011-0468-3>
- López LE. Pueblos, culturas y lenguas indígenas en América Latina. En: Albó X, Argüelles N, Avila R, Bonilla L.A, Bulkan J, Callou DI, et al. cit. *Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en America latina*. Volumen 1 1. [Internet] Cochabamba: UNICEF/FUNPROEIB Andes;

2009. [acceso 14 nov 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/tomo_2_atlas.pdf
16. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención «paralelas» y proyectos de poder. *Salud Colectiva*. [Internet] 2015 [acceso 8 marzo 2017];11(3):301-30. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Gil García FM. ¿Fármacos contra el susto?. Paradojas u posiciones enfrentadas en la concepción de enfermedad en el altiplano boliviano. En: Fernández Juárez G. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. [Internet] Quito: Abya-Yala; 2006 [acceso 14 nov 2016] Disponible en: http://www.bivica.org/upload/ag_salud-interculturalidad.pdf
18. Blakely B. Using a Susto Symptoms Scale to Analyze Social Wellbeing in the Andes. *Sociol Anthropol*. [Internet] 2016 [cited Feb 8, 2016];4(2):106-13. Available from: <http://www.hrpub.org/download/20160229/SA8-19605751.pdf>
19. Alderman JD. Mountains as actors in the Bolivian Andes: The interrelationship between politics and ritual in the Kallawayá ayllus. *Unfamiliar: Antropol J*. [Internet]. 2015 [cited March 10, 2017];5(1-2). Available from: <http://journals.ed.ac.uk/unfamiliar/article/view/1217>
20. Mullally M, Cayer C, Muhammad A, Walshe-Roussel B, Ahmed F, Sanchez-Vindas PE, et al. Anxiolytic activity and active principles of Piper amalago (Piperaceae), a medicinal plant used by the Q'eqchi' Maya to treat susto, a culture-bound illness. *J Ethnopharmacol*. [Internet]. 2016 [cited March 10, 2017];185:147-54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874116301192>
21. Merla L. La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Rev CIDOB d'afers internacionals*. [Internet]. 2014 [acceso 10 marzo 2017];0(106-7):85-104. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaCIDOB/article/viewFile/280776/368454>
22. Saraga M, Gholam-Rezaee M, Preisig M. Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: putting psychopathology in context. *J Affect Disord*. [Internet] 2013 [cited March 10, 2017];151(2):795-9. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(13\)00548-X/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(13)00548-X/abstract)
23. Ramírez Hita S. Intercultural aspects of the health system reform in Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]; 2014 [cited March 10, 2017];31(4):762-8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Favazza Titus SK. Seeking and Utilizing a Curandero in the United States: A Literature Review. *J Holist Nurs* [Internet]; 2014 [cited March 10, 2017];32(3):189-201. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010113512560>
25. Paredes GA. Los sistemas de atención a la salud. Una aproximación desde las ciencias sociales. *Rev Academia*. [Internet]; 2016 [acceso 12 marzo 2017];15(35). Disponible en: <https://www.saber.ula.ve/handle/123456789/41946>

Recebido: 7.12.2016

Aceito: 18.4.2017

Correspondência:
 María Teresa Roldán-Chicano
 Hospital General Universitario Santa Lucía
 C. Mezquita, s/n, Paraje Los Arcos
 Barrio Santa Lucía
 CEP: 30202, Cartagena, Murcia, España
 E-mail: maiterolchi3@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
 Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.