

O diálogo cultural na dimensão doméstica de atendimento em cuidadores imigrantes na Espanha¹

Isabel Morales-Moreno²
Maravillas Giménez-Fernández²
Paloma Echevarría-Pérez²

Objetivos: determinar como o fenômeno da imigração influencia na resposta aos cuidados informais a nível doméstico por meio da atividade de um cuidador e analisar o diálogo cultural estabelecido na área habitacional de Murcia (Espanha). **Método:** Trata-se de um estudo etnográfico, realizado em 26 cuidadores informais imigrantes. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante. Análise de conteúdo assistida MAXQDA-2 também foi aplicada. **Resultados:** a cuidadora imigrante é a principal consumidora de medicamentos tradicionais, estendendo essas práticas de saúde para o grupo doméstico. Um diálogo cultural é estabelecido no cuidado informal, caracterizado pela interculturalidade e adaptação mútua. **Conclusões:** identifica-se hibridização cultural nas cuidadoras informais imigrantes, intercâmbio e integração cultural: novas práticas de atendimento na saúde e comportamentos culturais em sistemas informais. Há uma transformação nos papéis familiares em atendimento em ambientes domésticos, aumentando a qualidade de vida e autocuidado. Eles representam uma alternativa à medicalização, promovendo a autogestão da saúde.

Descritores: Cuidadores; Medicina Tradicional; Evolução Cultural; Competência Cultural; Autocuidado.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Análisis de la influencia de la inmigración en la configuración de los cuidados informales y sistemas de autoatención em Murcia" apresentada à Universidad Católica de Murcia, Murcia, Espanha.

² PhD, Professor, Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Murcia, Espanha.

Introdução

As experiências de saúde e doenças humanas é um processo que pode ser entendido como um *continuum*, onde a evolução da pessoa para o fim da doença envolve um número de práticas de saúde suportado pelo conhecimento e crenças culturais que muitas vezes substituem ou continuam o atendimento dado por um profissional de saúde, estabelecidos de acordo com o modelo Biomédico. Até o momento em que se inicia o contato assistencial, proliferam e desenvolvem-se os sistemas de cuidados informais e processos de autocuidado, ambos essenciais, mas exigindo ao mesmo tempo cuidados profissionais. O cuidado prestado em casa tem sido historicamente assumido pela mulher, com implicações importantes sobre gênero.

Na Europa, o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida e do número crescente de pessoas com doenças crônicas e incapacitantes afetam diretamente a demanda por cuidados informais no ambiente doméstico, mas também as estruturas e formas de vida familiar têm mudado; a disponibilidade de cuidadores está seriamente ameaçada pela incorporação progressiva de mulheres no mercado de trabalho, pela mobilidade dos membros da família e pelo menor tamanho do lar⁽¹⁾. O envelhecimento e a incorporação das mulheres no mercado de trabalho são contemporâneos a um importante fenômeno migratório na Espanha. O resultado é a evolução dos sistemas de cuidados informais a serem assumidos em grande parte por mulheres imigrantes, que assumem o papel de cuidador informal familiar, desempenhando um esquema tradicional de atendimento.

Os cientistas sociais devem estudar os contextos reais, interações cotidianas e processos de mediação e integração, analisando todas as dimensões em que esse fenômeno social é projetado para compreender e abordar as possíveis melhoras e sua articulação com o setor de cuidados formais. Portanto, consideramos essencial a abordagem de um fenômeno que afeta a dinâmica familiar e a satisfação do dependente; trata-se do diálogo cultural que é estabelecido no ambiente natural dos cuidados informais (doméstico) entre pessoas com diferentes padrões culturais (pessoa dependente-cuidador imigrante), o que representa grandes possibilidades de enriquecimento mútuo ao mesmo tempo em que favorece o conhecimento e o desenvolvimento de outras práticas de saúde que dinamizam o pluralismo assistencial. Atualmente, o sistema Biomédico tem que devolver certas funções

aos ambientes domésticos dos doentes, as quais tinha assumido junto ao processo de medicalização de processos naturais. Confluem muitas mudanças, afetando a provisão de cuidados de saúde, tanto por parte do sistema formal de atendimento como do informal, sendo necessário reformular e analisar novas alternativas para o atendimento a pessoas dependentes em um momento em que Espanha se orienta para o Modelo Social da Europa com sua política de atendimento ao Dependente, mas onde, ao mesmo tempo, o Estado não assume totalmente a responsabilidade social para com essas pessoas, trazendo à tona os limites do Estado em relação ao bem-estar dos mesmos. Reforçamos nosso argumento com os de outros autores, considerando que nesse novo contexto o Modelo Médico Hegemônico denota incapacidade na gestão dos significados culturais na saúde, e manifestando tanto a sua limitação como a necessidade de novos enfoques. A crise biomédica reflete sua inadequação por não manter um relacionamento dialético com o saber dos "profanos", que permitiria melhorar a qualidade do cuidado⁽²⁾.

Objetivos gerais

Conhecer a influência do fenômeno da imigração, especialmente suas crenças e práticas no âmbito doméstico dos cuidados da saúde informal a nível nacional por meio da atividade de um cuidador, e analisar o diálogo cultural estabelecido entre cuidadores familiares, pessoa dependente e cuidadores imigrantes no ambiente domiciliar.

Objetivos específicos

Estudar a influência e/ou alterações exercidas pelo fenômeno da imigração em estruturas familiares e ambientes domésticos. Conhecer também os sistemas de crenças e valores que determinam as opções de cuidados de saúde que são realizadas nas sociedades modernas (autocuidado, autoatendimento, sistemas profissionais, sistemas alternativos, medicina tradicional etc.)

Método

Apresentamos alguns resultados de um projeto etnográfico de uma tese de doutorado realizado em Múrcia (Espanha) em 2010. População do estudo: famílias de Múrcia com pelo menos um cuidador familiar e/ou um cuidador imigrante informal. A quantificação não era necessária por se tratar de uma etnografia, destacando

o valor teórico dos discursos. Critérios de inclusão: que o objeto do cuidado seja um membro da unidade familiar que apresenta problemas crônicos de saúde e de evolução ao longo do tempo, com características de permanência e imobilidade, precisando de cuidados informais. Critérios de exclusão: que os destinatários dos cuidados informais fossem crianças ou pessoas não dependentes e/ou imobilizados.

Foram realizadas 48 entrevistas extensas. Este artigo vai discutir apenas o subgrupo de amostra de cuidadores imigrantes composto por 26 indivíduos, codificados de forma alfanumérica e de acordo com a captação. Os países de origem e a quantidade de informantes em cada caso foram: Bolívia (9), Equador (8), Colômbia (2), Venezuela (2), Romênia (2), Honduras (1), República Dominicana (1) e Peru (1). Também se aplicou observação participante, seguindo uma estrutura de matriz validada⁽³⁾. Os porteiros e informantes-chave foram selecionados por conveniência em uma comunidade evangélica ("El Rollo") e em uma ONG (Cáritas-Murcia); em seguida, foi aplicada a técnica de amostragem bola de neve até atingir a saturação.

A pesquisa abrange quatro áreas: a velhice, imigração, cuidados informais e diálogo cultural. Neste artigo só foi desenvolvida a última, que inclui quatro categorias de análise (que também estruturou a entrevista): ambiente doméstico de cuidados, outros sistemas de atendimento de saúde, diálogo cultural no cuidado informal e encontro intercultural no cuidado informal com o impulso do pluralismo assistencial. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Aplicou-se análise de conteúdo assistido por meio do software MAXQDA-2.

Resultados-Discussão

O ambiente de cuidados domésticos: transformação do grupo doméstico e lugar de encontro cultural

Foram encontradas três grandes tipologias de grupos domésticos que identificam a figura do cuidador imigrante. No primeiro, o cuidador imigrante se encontra em regime interno e é a única pessoa que não pertence ao grupo familiar; no segundo, o cuidador imigrante e seu núcleo familiar também se encontram em regime interno onde a pessoa dependente é a única pessoa que não pertence ao grupo familiar do cuidador de imigrante; o terceiro tipo é aquele onde o prestador de cuidados imigrante está em regime externo e não vive com as pessoas que se encontram em seu cuidado. Trata-se de uma nova estrutura, que não sendo familiar, cumpre

com todas as funções dessa, mesmo não havendo laços sanguíneos entre os membros que a compõem. Muitas vezes identificamos pessoas idosas dependentes que vivem sozinhas em suas casas e que são atendidas por uma cuidadora imigrante que traz a sua própria família, morando juntos na casa da pessoa dependente. Nesses casos, manifestam-se grandes benefícios em relação ao atendimento e na qualidade de vida (âmbitos afetivo e emocional dos cuidados). Observamos como o contato de crianças com uma pessoa idosa, particularmente com demência, reduz claramente surtos de agressividade. A permanência dentro de um grupo familiar tem vantagens claras nesses processos. Por sua vez, faz alusão a termos de parentesco para identificar os papéis de cada um (avó, mãe, filha, neta...), denotando aspectos de família e não apenas de parceria doméstica; essas são unidades socioeconômicas onde a habitação é compartilhada. No entanto, a família é uma instituição ou grupo que convive e possui laços. As novas estruturas apresentam características de ambas.

[...] Depende das pessoas que você encontra; eu comia com eles à mesa, como mais um da família. Logo tive um avô que estava em sua casa com meus filhos... como se estivesse na mesma família [...] bem, parecia que quem estava interno era o avô. (CI-5)

As cuidadoras imigrantes têm uma ideologia de família extensa que se reproduz na Espanha, substituindo alguns membros da família em seus países de origem pelas pessoas que elas cuidam aqui. A percepção do cuidado de idosos depende de aspectos socioculturais da sociedade de origem, que molda os valores, ideias e representações da pessoa sobre o cuidado; assim, mesmo nos casos de alto grau de aculturação em cuidadores de imigrantes – em outros contextos, como nos Estados Unidos (EUA) –, a ideologia da reciprocidade e lealdade no cuidado de pessoas idosas permanece, como em nosso estudo⁽⁴⁾. Subjaz um ethos de reciprocidade no atendimento, com conotações mais próprias do cuidador familiar do que de uma relação de trabalho, com envolvimento pessoal que inclui a instituição familiar. O princípio da reciprocidade, entendido como um fato social total ligado à instituição familiar, é confirmado. Também se confirma a presença de circulação transnacional, tomando como unidade de análise o conjunto da rede do cuidador, com base em uma visão multidimensional dos cuidados que transcende cuidados pessoais aplicada a uma pessoa dependente⁽⁵⁾. Esse novo modelo de grupo doméstico-familiar inclui variantes e mudanças, defendendo o funcionalismo e o modelo familiar de cuidados; mas nesse fenômeno reside uma importante

mudança social e mercantilização invisível dos cuidados informais. São mudanças estruturais que reorganizam as instituições familiares em direção ao funcionalismo, mantendo a relação pessoal e o tratamento humano⁽⁶⁾. A cuidadora imigrante interna também se refere à integração, só que mais lentamente⁽⁷⁻⁸⁾. É reproduzida a estrutura de família nuclear e não a de família extensa, e assim o vínculo é menor do que no tipo anterior. O terceiro tipo de cuidadora (regime externo) não fala de integração, existindo relatos de experiências negativas de discriminação e até mesmo de racismo.

[...] Eu não consegui me integrar a família porque eles não me acolheram. (CI-7)

O gênero e a posição na estrutura social devido à imigração moldam a situação da cuidadora em termos de precarização e inferioridade. Essa situação é muito comum em outros países na Europa atualmente, como França, Alemanha, Suíça e Holanda⁽⁹⁾. Chegamos a questionar o papel das pessoas dependentes que delegam a maioria das funções para a cuidadora imigrante, identificando assim uma verdadeira substituição de papéis ligadas ao parentesco. No entanto, ainda existem cuidadores familiares principais.

[...]. Se você precisa de alguém para cuidar de sua mãe porque você tem pouco tempo, e paga para alguém fazê-lo, pelo menos você visita ela, se tiver um tempinho... Aqui não vi isso... Aqui você contrata o cuidador para fazer tudo e vai embora. (CI-9)

Vários estudos têm mostrado resultados positivos em termos de cuidados informais quando há uma cuidadora estrangeira interna atendendo a pessoa dependente, mesmo em ambientes remotos e socioculturalmente muito diferentes do nosso, como a Ásia⁽¹⁰⁾.

Outros sistemas de cuidados de saúde: representações e práticas

Para compreender as ideias e práticas que giram em torno da saúde/doença/cuidado no caso de cuidadores imigrantes em nosso ambiente, é necessário conhecer as principais características dos sistemas de cuidados de saúde em seus países de origem, já que as práticas de autocuidado e autoatenção são determinadas em grande parte por elas, e tendem a se reproduzir no novo ambiente⁽¹¹⁾. Práticas de saúde são de diversas índoles, escassas em relação ao Sistema Biomédico tanto pela eficácia terapêutica como pelo custo. Paralelamente ao desenvolvimento da medicina científica, foi mantido e desenvolvido um corpo de crenças e práticas em relação à saúde apoiadas pelo ambiente social e tradição cultural que tem marcado o tipo de práticas de autocuidado

e cuidado informal dessas cuidadoras. O padrão de escolha de um sistema ou de outro é determinado principalmente pela natureza do problema de saúde.

[...] São utilizados os dois, tanto o natural como as drogas. (CI-21)

[...] Os curandeiros te indicam remédios naturais, coisas da terra que curam mais rapidamente do que a medicina de um médico. Agora, se há uma infecção ou problema no qual seja necessário operar, nesse caso um curandeiro não vai te curar, mas há muitas coisas. Por exemplo, pessoas que têm tumores pequenos como eu, que tenho miomas, tomo um remédio e diminuem tão completamente que não sinto dor ou desconforto. Preparo o melado; a beterraba crua picada misturada ao melado dá resultados muito bons. (CI-17)

São reproduzidas as chaves culturais que explicam os fenômenos de autoatendimento. Sociedades latino-americanas são caracterizadas por seus níveis crescentes de pobreza, por uma constante e descontínua descapitalização dos serviços e das migrações, incorporando novos padrões de autocuidado. Esse processo permite ao sistema delegar nessa estrutura de autocuidado grande parte de suas responsabilidades socio-sanitárias, aumentando assim a importância do autocuidado ou deixando que o autocuidado assuma funcionalmente o atendimento sanitário⁽¹²⁾.

[...] Sim, Sim. Porque nosso país é muito pobre e utilizamos muito as ervas. Ao bebê que o leite caiu mal e deixou seu estômago muito inchado damos solmate de anís. Usamos muito a coca também como medicamento e o tabaco, para dores de ouvido. (CI-11)

São majoritariamente as mulheres latino-americanas que vivenciam os cuidados informais na Espanha, e dessa forma recuperamos diversas abordagens teóricas já mencionadas⁽¹³⁾. As condições do atendimento sanitário formal determinam a proliferação e a potencialização dos fenômenos de autocuidado e autoatendimento do setor informal realizado por imigrantes. Esse aspecto pode favorecer seu desenvolvimento, promovendo a reprodução de padrões de comportamento cultural em relação à saúde na Espanha. Mas as práticas de autoatendimento também se modificam, pois o conhecimento dos grupos sociais não é algo fixo culturalmente, sendo que se reestrutura continuamente por novas técnicas, produtos e crenças que se integram aos conhecimentos existentes⁽¹²⁾. Notamos complementaridade, conflito e por vezes contradição, mas coexistem e possuem coerência interna; são pragmáticas e funcionais, refletindo uma síntese de conhecimentos que correspondem a vários modelos médicos diferentes, como a biomedicina e a

medicina tradicional. É um fato que demonstra o diálogo cultural como exemplo de intercâmbio cultural, fusão, enriquecimento e hibridização.

[...] Olhe, se você está com ameba no estômago, fervemos a casca da romã e bebemos o chá. Um chá de alho picante e cenouras também matam os parasitas. Para dores musculares usamos ervas que não são encontradas por aqui. (CI-17)

[...] Às vezes ele tem dor de estômago e faço água de orégano e cominho, e passa. Por exemplo, se suas costas doem, damos creme de eucalipto que trazemos do nosso país, ou mentol chinês, e faço aplicações. (CI-4)

[...] Quando meu marido ou algum de nós fica doente (incluindo a pessoa idosa que cuida), primeiro uso meus remédios caseiros, em seguida, a medicina. Uso muitas ervas, vinagre, alho... primeiramente isso e, se falha, então passo no médico, mas sempre meus remédios antes. (CI-8)

[...] Na Bolívia não costumamos ir ao médico. Minha sogra tinha diabetes, mas não aplicava insulina, tomava algumas ervas. Fazia aipo batido e uma verdura chamada choca. Lá curamos o resfriado com cebola, alho, limão e pronto. Não tomam medicamentos a menos que seja um caso muito sério, então vão ao médico. Para a gastrite também existem ervas, umas folhas chamadas Zen e Ajenco. Nós não gostamos de medicamentos. Para dor de estômago usamos o Ayaten. Lá eles tomam infusão de folhas de tangerina, de limão, água de abacate... para os rins. Dietas como a da lua, com muita água e coisas assim. Eles dizem que as drogas curam você de uma coisa e estragam outra. (CI-20)

Há a manutenção das práticas da medicina tradicional, tanto com membros de sua própria família como com a pessoa idosa de quem elas cuidam, levando em consideração a influência por serem cuidadoras em regime interno e por terem certa integração. Fora do ambiente espanhol, os imigrantes, especialmente os mais velhos que vêm de países com amplo uso de medicina tradicional, mostram sua preferência pela biomedicina. Essa realidade foi constatada nos EUA e no Canadá, onde encontramos estudos que mostram padrões de utilização que variam entre 77% e 100% (no caso dos EUA). Isso é relevante entre os imigrantes asiáticos nos EUA, que afirmam que não só tem efeito na melhoria da saúde, como também reforça a identidade étnica⁽¹³⁾. No Canadá, 73% dos imigrantes de origem africana aplicam a medicina tradicional, justificando sua escolha pelo holismo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Nesse país, foi estudada a aplicação de terapias complementares pelas cuidadoras imigrantes nas pessoas que elas cuidam, pois isso provoca menor frequência de encaminhamento hospitalar e uso de serviços sanitários em pessoas dependentes que recebem os cuidados. As cuidadoras

imigrantes assinalam a falta de apoio e sensibilidade cultural dos serviços socio sanitários como fatores que impulsionam a complementaridade terapêutica que exercem⁽¹⁶⁾. A relação intercultural que se estabelece entre a medicina tradicional e a biomedicina também permite um atendimento holístico de saúde, promovendo o pluralismo assistencial. Esse fenômeno é um fator estrutural que está presente em todas as sociedades, não apenas na área de análise. Em nosso meio há uma assimilação insuficiente devido ao caráter subalterno e à invisibilidade que essas práticas de saúde ainda têm. A combinação de conhecimentos e de diferentes práticas de saúde permite identificar uma provisão de cuidados informais das cuidadoras imigrantes, com alcance holístico e de qualidade. Em relação à etnografia, é no ambiente doméstico onde é criado um universo de significados, onde essas práticas têm alta eficácia no que diz respeito ao bem-estar completo da pessoa e a nível simbólico, mas que ainda não são compartilhadas em estruturas sociais maiores; defendemos a visão holística da saúde como parte de um todo simbólico. Os cuidadores informais imigrantes dão muita importância ao bem-estar do indivíduo, ao componente familiar e humano do cuidado e à manifestação de reciprocidade na autoatenção e autocuidado, pois tudo isso possibilita o equilíbrio e o verdadeiro bem-estar da pessoa que cuidam, ressaltando o potencial terapêutico das relações humanas.

[...] Cuidava dele, trocava suas roupas e dava medicinas caseiras... Eu continuo tomando e recomendo. (CI-21)

Uma cuidadora imigrante somente aconselha não aplicar tais práticas por respeito aos costumes e por medo da automedicação com fitoterapia, em contraste com a perda de autoridade que geralmente ocorre com pacientes crônicos.

O diálogo cultural em cuidados informais: uma forma de abertura para a hibridação e mestiçagem cultural

Pode-se considerar que o encontro intercultural não é gerador de conflitos, mas de diálogo cultural⁽¹⁷⁾. Concordamos com essa abordagem, pois encontramos poucas evidências de conflitos culturais através do cuidado. Embora o cuidado informal que as mulheres imigrantes fornecem tenha mais resultados positivos do que negativos, as experiências de outros países não defendem essa posição, existindo problemas com a língua, como mostra um estudo realizado na Inglaterra⁽¹⁸⁾. Esse aspecto não favorece a interculturalidade e a miscigenação, mas o multiculturalismo e a diferenciação.

No nosso caso, todas as cuidadoras imigrantes eram latino-americanas, com exceção de duas. Algumas falavam outros idiomas ou dialetos de suas cidades de origem, como o quíchua; as informantes que falavam quíchua continuavam a usar esse idioma aqui, prática que foi associada às vezes com problemas de entendimento da língua espanhola. Em relação à linguagem, entendida como qualidade, existem estudos sobre seu efeito na relação de ajuda terapêutica entre cuidadores imigrantes e pessoas dependentes que falam línguas diferentes. O fato de que tanto o dependente como o cuidador falam a mesma língua facilita o trabalho dos cuidadores⁽¹⁹⁾. Não é realista defender a diversidade cultural de forma absoluta, nem render-se a uma homogeneização global, apostando na contínua regeneração cultural, diversidade e mistura em um ambiente global intercultural.

O encontro intercultural nos cuidados informais como fator impulsionador do pluralismo assistencial

A imigração tem permitido entender melhor outros processos de procura por saúde, aspecto que reafirma, mas que não legitima a existência de um modelo de pluralismo assistencial. A medicina tradicional está saindo dos seus contextos originais por meio do fenômeno da migração, e ao entrar em contato com diferentes culturas, proporciona a proliferação de novas práticas de medicina intercultural⁽²⁰⁾. Supõe-se também, em outros estudos, a existência de certos fluxos biomédicos da Espanha para a América do Sul (Equador, especificamente), e não ao contrário. No entanto, foi concluído que os fluxos de envios e encomendas de determinados produtos são estabelecidos principalmente para a Espanha, sendo constituídos não somente por remédios naturais e elementos de prevenção e cura tradicional difíceis de obter na Europa, mas também por medicamentos de uso bastante comuns dentro da biomedicina de nosso meio⁽¹²⁾. Esse fluxo é evidenciado em nosso estudo, e mostra outra forma de encontro intercultural por meio da saúde. Receber produtos próprios da medicina tradicional a nível transnacional permite manter, produzir e reproduzir tanto suas próprias práticas de saúde como a ideologia subjacente. Menéndez justificaria esse fluxo de produtos como sendo um processo estrutural desenvolvido pela biomedicina, como é a automedicação em relação ao autocuidado⁽²¹⁾. No entanto, esses estudos destacaram que possui um grande potencial simbólico para fortalecer os laços da família extensa e transnacional, por causa de sua relação com o âmbito dos cuidados⁽²²⁾. De acordo com

outros estudos, as ideias em defesa dos produtos naturais em sociedades não-ocidentais foram levantadas em oposição à toxicidade dos fármacos e dos estilos de vida. Assim, a ideia de natureza ligada à medicina tradicional muitas vezes é combinada com a consciência de classe, étnica e de identidade nacional, situando-se frente ao procedente do estrangeiro e artificial, em uma espécie de política de identidade sanitária; expressar ceticismo sobre os fármacos é uma forma de construir dicotomias tais como natureza/tecnologia ou tradição/modernidade⁽²³⁾. Essas abordagens são identificadas em nossa etnografia. Muitos estudos mostram que as populações pertencentes às minorias étnicas tendem a escolher medicações alternativas ou tradicionais como primeira opção; essa escolha tem relação com a necessidade de enfrentar os problemas de saúde no contexto dos seus próprios recursos e meio cultural/étnico. Suas crenças de que a medicina popular tem certo controle sobre as causas da doença e, por sua vez, gastos mais baixos, são algumas das razões para escolher essas práticas de saúde. Há uma crença generalizada na América Latina sobre a bondade dos remédios naturais por sua inocuidade, particularmente entre os idosos⁽²⁴⁾.

[...] Os anciãos em minha terra curam a artrite com maconha e rum; põe aí e a deixam fermentar. Em seguida a bebem e isso é muito bom. (IC-15)

Nossas informantes também se referem às práticas comuns que abrangem dimensões mágico-religiosas como o curandeirismo ou orações para doenças.

[...] Além dos remédios caseiros, há muitos curandeiros. Eles sugerem remédios naturais, coisas da terra que irão te curar mais rapidamente do que a medicina de um médico. (IC-17)

[...] Lá são utilizados os dois, o natural e os fármacos [...]; sim, eles fazem curandeirismo. Fazem orações para afastar os maus espíritos e alguns tipos de doenças, como o mau-olhado. O mal existe, e as pessoas creem nessas coisas, mas se você não acredita nisso nada acontece... (CI-21)

A OMS respalda institucionalmente a nível mundial a coexistência da medicina tradicional e a biomedicina, apoiando a compreensão intercultural entre as diferentes concepções de saúde e dinamizando o pluralismo assistencial⁽²⁵⁾. Abordar a figura da mulher como principal consumidora de medicamentos tradicionais permite propor que é ela que executa o fornecimento desses e que os estende às pessoas que elas cuidam, aspecto que perpetua a invisibilidade do pluralismo assistencial. Além da integração e da coordenação, o pluralismo assistencial deve permitir responder às diferentes formas de pensar e conceber

o processo de busca por saúde, gerando compreensão das mudanças culturais.

Conclusões

A imigração, especificamente de mulheres, é um fenômeno que criou na Espanha um cenário que oferece muitas possibilidades para o enriquecimento cultural recíproco, além de diversas formas de enriquecer, cuidar e beneficiar especificamente o grupo de dependentes no ambiente doméstico /familiar.

Fica assim estabelecido um diálogo cultural no âmbito do cuidado informal, caracterizado pela interculturalidade e adaptação mútua. Elementos de hibridação cultural são identificados no cuidado informal. As vivências de intercâmbio e integração cultural demonstram a aparição de novas práticas de cuidados assistenciais no contexto de cuidados informais e de comportamentos culturais em sistemas de autoatendimento.

As cuidadoras imigrantes contribuem para o reconhecimento do uso da medicina tradicional. A mulher imigrante neste estudo se destaca como a principal consumidora de medicamentos tradicionais, ampliando a oferta dessas práticas de saúde aos outros membros da família ou grupo doméstico sob seus cuidados, aspecto que favorece o pluralismo assistencial, mas que ao mesmo tempo promove sua invisibilidade.

As práticas de autoatenção e autocuidado representam uma alternativa à medicalização, abrindo novos caminhos em direção a um fenômeno de maior autogestão da saúde, caracterizado por uma maior capacidade de decisão autônoma por parte das unidades domésticas de cuidado e por uma relação menos dependente em relação à cobertura socioassistencial fornecida pelo Estado.

O conhecimento e esclarecimento da sensibilidade cultural e das experiências de vida sobre o cuidado informal por meio de uma abordagem etnográfica para as reais necessidades dos cuidadores deveriam ser incluídos na avaliação e formulação de políticas apropriadas para o atendimento aos dependentes.

Referências

- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. The system of informal caregiving as inequality. *Gac Sanit.* 2004;18:132-9.
- Comelles JM. Cultura y Salud. De la negación al regreso de la cultura en Medicina. *Cuaderns ICA.* 2003;19:111-31.
- Spradley JP. *Participant Observation.* New York: Holt, Rinehart & Winston; 1980.
- Hsueh-Fen SK, Kyungeh A. Effect of acculturation and mutuality on family loyalty among Mexican American caregivers of elders. *JNS.* 2012;44(2):111-9.
- Merla L. La circulación de cuidados en familias transnacionales. *CIDOB d'Afers Internacionals.* 2014;(106-107):85-104.
- Rodríguez-Rodríguez V. Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la comunidad de Madrid [Internet]. Homepage of Portal de Mayores – 2010. 2010 [acesso 4 fev 2010] Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodríguez-inmigración-01.pdf>
- Martínez-Buján R. Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados. En: Izquierdo A. *El modelo de la inmigración y los riesgos de exclusión.* Madrid: Cáritas Española; 2009.
- Oliver-Alonso J. El mercado de trabajo de la inmigración 2007-2010. Los cambios 2009/2010 en el marco de la crisis. Em: Aja E, Arango J, Oliver J. *Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro.* Barcelona: Bellaterra; 2011. p. 131-64.
- Le Bihan B, Martin C, Knijn T. *Work and care under pressure: Care arrangements across Europe.* Amsterdam: Amsterdam University Press; 2013
- Ostbye T, Malhotra R, Malhotra C, Arambepola C, Chan A. Does support from foreign domestic workers decrease the negative impact of informal caregiving? Results from Singapore survey on informal caregiving. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(4):609-21.
- Meñaca A. La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. Em: Fernández-Juárez G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha; 2006. p. 93-108.
- Menéndez E. Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. Em: Roersch C. *Medicina tradicional, 500 años después.* Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana; 1993. p. 63-104.
- Chung AY. From caregivers to caretakers: the impact of family roles on ethnicity among children of Korean and Chinese immigrant families. *Qual Sociol.* 2013;36:279-302.
- Wu APW, Burke A, LeBaron S. Use of Traditional Medicine by immigrants chinese patients. *Fam Med.* 2007;39(3):195-200.

15. Barimah KB, Van Teijlingen ER. The use of Traditional Medicine by Ghanaians in Canada. *BMC Complement Altern Med.* 2008;8(30):1-20.
16. Stewart MJ, Neufeld A, Harrison MJ, Spitzer D, Hughes K, Makwarimba E. Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health Soc Care Comm.* 2006; 14(4):329-40.
17. Uribe-Oyarbide JM. Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta. Em: Fernández-Juárez G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural.* Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 2006. p. 83-92.
18. Department of Health and Social Services Inspectorate. *Women in social services*, London (UK): Department of Health and Social Services Inspectorate; 1991
19. Ekman SL. Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers. *Int Psychogeriatr.* 1996;8(1):127-32.
20. Aparicio-Mena AJ. La Antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gaz Antropol.* 2007;23:23-14.
21. Menéndez E. Intentionality, experience and function: the shaping of medical knowledge. *Rev Antropol Soc.* 2005;14:33-69.
22. Meñaca A. Salud y migraciones. En Fernández Juárez G. *Salud e interculturalidad en América Latina.* Quito: Ayala, UCLM, Bolhispania; 2004. p. 53-65.
23. Reynolds-Whyte S, Van der Geest S, Hardon A. *Social lives of medicines*, Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2002.
24. Lima SC, Arruda G, Renovato R, Alvarenga MR. Representations and uses of medicinal plants by elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(4):778-86.
25. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia sobre Medicina Tradicional.* [Internet]. 2010. [acesso 7 jul 2010]; Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R9-sp.pdf