

A “boca amarga” para o paciente: competência comunicativa intercultural

“Bitter mouth”: intercultural communicative competence

La “boca amarga” para el paciente: competencia comunicativa intercultural

Mayara Floss. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. mayarafloss@hotmail.com (*Autora correspondente*)
Igor Oliveira Claber Siqueira. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC). Caratinga, MG, Brasil. claber_igor@ig.com.br
Tarso Pereira Teixeira. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. tarso.teixeira@terra.com.br
Arthur Ferronato Dall’Agnol. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. arthurferronato@gmail.com

Resumo

Objetivo: demonstrar a compreensão dos usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Castelo Branco II da cidade de Rio Grande/RS-Brasil em relação à queixa “boca amarga” e discutir a competência comunicativa intercultural necessária à equipe de saúde para a abordagem desses usuários. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram agentes comunitários de saúde e usuários atendidos na USF Castelo Branco II. **Resultados:** a explicação da queixa “boca amarga” faz parte da linguagem do ideário popular e médico. Os tratamentos populares para a queixa envolvem: cura espontânea; uso de chás; medicamentos; e cuidados nutricionais. A maioria dos participantes da pesquisa nunca havia comentado com o seu médico ou outro profissional de saúde sobre a “boca amarga”, sendo que um dos participantes referiu que a “boca amarga” era um “tabu” e citou o constrangimento que existe em discutir o assunto. **Conclusões:** a população possui uma compreensão cultural própria da queixa “boca amarga”. No entanto, são necessários mais estudos sobre as doenças populares e uma abordagem mais aprofundada das mesmas. Este estudo constitui-se apenas em um enfoque inicial, indispensável para a compreensão da expressão “boca amarga” e da competência comunicativa cultural necessária para os profissionais de saúde.

Abstract

Objective: to demonstrate the understanding of the users of Castelo Branco II Family Health Centre (FHC) in the municipality of Rio Grande/RS – Brazil, regarding the complaint of “bitter mouth” and to discuss the intercultural communicative competence necessary for the health team in their approach to these users. **Methods:** this was a descriptive exploratory qualitative study. The research participants were community health workers and patients seen in Castelo Branco II FHC. **Results:** the explanation for the complaint “bitter mouth” belongs to the language of both lay persons and physicians. Popular treatments for this complaint involve: spontaneous healing, use of herbal teas, medicines, and nutritional care. The majority of respondents had never mentioned to their physician or other health staff about “bitter mouth”, and one of the participants said that “bitter mouth” was a “taboo” and referred to the constraint that still exists around this subject. **Conclusions:** the population has its own cultural understanding of the complaint “bitter mouth”. However, more studies of popular illnesses with in-depth approach to them are needed. This study represents only an initial approach, but an essential one to understanding the term “bitter mouth” and cultural communicative competence necessary for health professionals.

Resumen

Objetivo: demostrar la comprensión de los usuarios de la Unidad de Salud Familiar (USF) Castelo Branco II en la ciudad Rio Grande/RS-Brasil en relación con la queja “boca amarga” y discutir la competencia comunicativa intercultural necesaria al equipo de salud para el cuidado de estos usuarios. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo exploratorio descriptivo. Participantes en la encuesta fueron los trabajadores comunitarios de salud y los usuarios atendidos en USF Castelo Branco II. **Resultados:** la explicación de la queja “boca amarga” hace parte de la lenguaje del ideario popular y médico. Los tratamientos de la queja implican: la curación espontánea; el uso de téis; medicinas y atención nutricional. La mayoría de los encuestados nunca había discutido con su médico u otro profesional de la salud acerca de la “boca amarga”, y uno de los participantes dijo que el “boca amarga” era un “tabú”, y refirió la restricción que existe en abordar el tema. **Conclusiones:** la población tiene su propia comprensión cultural de la queja “boca amarga”. Sin embargo, son necesarios más estudios sobre las enfermedades populares y así como un abordaje más profundizado de las mismas. Este estudio representa sólo una primera aproximación, pero esencial para entender el término “boca amarga” y la competencia comunicativa cultural necesaria para los profesionales de la salud.

Palavras-chave:

Competência Cultural
Medicina Tradicional
Antropologia Cultural

Keywords:

Cultural Competency
Medicine, Traditional
Anthropology, Cultural

Palabras clave:

Competencia Cultural
Medicina Tradicional
Antropología Cultural

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
FURG n° 185/2011.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 23/10/2013.
Aprovado em: 20/02/2014.

Introdução

As limitações sociais e econômicas atuais sobre a prática médica, juntamente com a formação que não prepara os profissionais para lidar com a expressão de valores, ideias ou sentimentos do paciente, levam a consultas clínicas que se concentram na compreensão apenas da doença do paciente.¹ Muitas vezes, a cultura, em seu sentido corriqueiro, é relacionada a pessoas com a formação cultural avançada, ou seja, que vêm de uma família de alto nível socioeconômico e que conhecem artes e filosofia, sendo o “bom paciente” aquele que “possui cultura” o suficiente para seguir as orientações e cuidados transmitidos pelo profissional da saúde.² Esse é contrastado com o paciente “sem cultura”, que é o mais “difícil”, já que age erroneamente por “ignorância” ou guiado por “superstições”.²

O modelo de abordagem médica, hoje, em geral, privilegia a pessoa com queixas específicas por meio das quais é possível seguir um fluxograma para a abordagem do paciente. Porém, um sistema “culturalmente competente” de saúde é definido como aquele que reconhece e incorpora em todos os níveis a importância da cultura; a avaliação das relações interculturais; a vigilância em relação às dinâmicas que resultam de diferenças culturais; a ampliação do conhecimento cultural; e a adaptação de serviços para atender às necessidades culturais únicas.³ Esse sistema engloba a compreensão de todos os pacientes em seus aspectos culturais.

Nesse sentido, a competência comunicativa intercultural tem uma relação direta com os profissionais da área da saúde na compreensão e resposta efetiva às necessidades culturais e linguísticas trazidas pelos pacientes nas situações de cuidados de saúde.⁴ A satisfação do paciente e a conformidade com as recomendações médicas estão intimamente relacionadas com a efetividade da comunicação e da relação médico-paciente.⁵ Em um país como o Brasil, com grande diversidade cultural, a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de certa sensibilidade intercultural é ainda mais importante, e a competência cultural é considerada uma característica da Atenção Primária à Saúde (APS).⁶

Essas diferenças socioculturais entre o médico e o paciente podem criar barreiras para a comunicação. Portanto, os médicos precisam aprender os conceitos e habilidades necessários para superar essas barreiras e melhorar os resultados da relação médico-paciente.⁷ Nesse contexto, a imprescindibilidade de compreender essas diferenças demonstra uma mudança de paradigmas assim como a necessidade de conhecer e refletir sobre informações que fazem parte da cultura popular. Por outro lado, a biomedicina é também um sistema cultural e as realidades da clínica médica devem ser analisadas a partir de perspectiva transcultural.²

Algumas dessas doenças da cultura popular referidas pelo paciente são: olhado; quebrante; vento caído ou vento virado; espinhela caída; isipa; fogo selvagem e mal-de-monte; cobreiro; ferida de boca e engasgo.⁸ Porém, essas queixas tornam-se, geralmente, menos relevantes na prática clínica, pois quando um fenômeno não pode ser observado ou medido objetivamente como, por exemplo, as crenças de uma pessoa sobre as causas de uma doença, tal fenômeno é, de certa forma, considerado menos “real” do que algo como o nível da pressão arterial do paciente ou a sua contagem de leucócitos.⁴

A “Boca Amarga” (BA) é uma queixa popular, e a sua abordagem também concerne aos profissionais de saúde. Ela é referida como uma das queixas mais comuns em gastroenterologia, e para a qual raramente se encontra explicação em patologia orgânica.⁹

Em termos técnicos, a BA pode ser definida como disgeusia, uma sensação anormal ou prejudicada do gosto e, atualmente, adiciona-se o fato de que a disgeusia está muito próxima dos sentidos do tato e do olfato, que produzem o sentido do sabor.¹⁰ Vários pacientes, no entanto, argumentam que a mudança da qualidade do gosto é alterada pelo sentido do olfato, do tato, do estado emocional e da sintomatologia de cada pessoa.¹⁰ Porém, quando um paciente refere-se à BA, será que isso pode limitar-se à definição técnica de disgeusia?

Diante dessas reflexões, a competência comunicativa cultural como um campo da prática médica torna-se fundamental quando se repensa o significado de queixas como BA, a compreensão da percepção do paciente e como esses pressupostos atingem a prática dos serviços de saúde. Este artigo tem o objetivo de demonstrar a compreensão dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Rio Grande-RS em relação à queixa BA e discutir a competência comunicativa intercultural necessária ao médico e à equipe de saúde para a abordagem desses usuários.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa estuda a forma como os seres humanos organizam-se e as definições que fazem sentido no seu entorno por meio de símbolos, rituais, estruturas e papéis sociais.¹¹ Esse formato de pesquisa foi escolhido por permitir ao pesquisador investigar e compreender fenômenos relacionados à percepção e à subjetividade do objeto do estudo.

A coleta dos dados foi feita a partir de entrevista de caráter aberto, gravada e posteriormente transcrita. Escolheu-se a entrevista de caráter aberto porque ela pressupõe que o pesquisador não sabe quantas perguntas serão necessárias, já que os participantes da pesquisa não possuem uma unidade de vocabulário, sendo necessário encontrar sinônimos e adaptar as questões para o propósito da investigação.¹¹ Os temas geradores da entrevista abrangiam o entendimento e o significado de caráter popular da queixa BA e tratamentos propostos pelos entrevistados. Esse tipo de análise permite avaliar variáveis psicossociais e contexto cultural.¹²

O cenário foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Castelo Branco II, localizada na cidade de Rio Grande, na região sul do Rio Grande do Sul, distando 317 km da capital Porto Alegre e com uma população aproximada de 198.048 habitantes. O estudo foi realizado com agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários atendidos na USF Castelo Branco II, os quais foram selecionados por meio de uma amostra de conveniência estabelecida a partir da chegada do usuário à USF. De acordo com os critérios de inclusão, participaram do estudo aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participavam das atividades da USF Castelo Branco II. Aqueles que não atenderam a esses dois aspectos não foram incluídos no estudo. A população objeto de estudo envolveu trinta participantes: seis ACS e mais vinte e quatro pessoas da comunidade. Na apresentação dos resultados, os participantes foram identificados com a letra “P” e número que indica a ordem da entrevista. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), parecer nº 185/2011, seguindo a Resolução 466/2012.

Resultados e discussão

Dos trinta participantes da pesquisa, 23 eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino, sendo que a faixa etária dos entrevistados variou entre 25 e 82 anos.

Todos conheciam o tema BA, sendo que 25 dos participantes já haviam vivenciado esse sintoma. Apenas dois participantes haviam recebido explicação profissional sobre a queixa: um recebeu a informação de que era devido à “acidez do estômago” ou devido a “algum remédio”; e outro explicou que nos exames só “deu gases”.

“Fisiopatologia” Popular da “Boca Amarga”

A maioria dos entrevistados nunca havia comentado com o seu médico ou outro profissional da saúde sobre a BA; inclusive, um participante referiu que a BA era um “tabu” e que se sentia constrangido em discutir o assunto. Diante dos dados coletados, ocorreu em algumas entrevistas a ambiguação quando se dizia que BA era igual a “amargor na boca”. Alguns inclusive referiam-se apenas à queixa com o termo “amargor”: “*Conheço aquele amargor que fica na boca*” (P1); “*Amargor é quando a gente levanta de manhã, quando como algumas coisas não assentam bem no estômago [...] Quando fica aquele cheiro na boca*” (P22) e “*A minha sogra, que ela tem que tomar os remédios dela e ela reclama que tem amargor da boca*” (P23). Porém outro participante, quando questionado se BA era igual a “amargor na boca”, disse: “*Eu acho que é diferente, amargor é por causa de uma infecção na boca. E amargura vem do estômago. Amargura sobe e o amargor é da boca*” (P29). Os participantes da pesquisa trazem para as suas explicações “fisiopatológicas” da queixa BA linguagens do ideário popular e médico:

“[...] *Eu acredito que boca amarga seja bile em demasia, que o organismo expela pra fazer a digestão... é a acidez do estômago, por causa de uma má digestão [...]*” (P1)

“[...] *Dá ficava com a boca amarga. Isso depois de comer. Parecia que o alimento ficava atravessado na garganta [...]*” (P4)

“[...] Não sei. Tem gente que diz que tem a ver com o estômago. Eu acho que pode ser do estômago também, e também pode ter a ver com os dentes, quando a gente não escova direito. [...] Porque às vezes a gente come muita coisa com ácido eu acho, tem coisas que fazem mal mesmo. Coisas que tem muito ácido não fazem bem não. Acho que tem coisas que o estômago não aceita muito bem, e daí dá aquele revertério [...]” (P5)

“[...] E eu acho que isso pode ser em decorrência do cigarro [...]” (P6)

“[...] Pode ser do fígado, ou talvez estômago até [...]” (P8)

“[...] Olha, eu penso que é por causa do fígado, quando ele não está legal, que saem coisas amargas, e causam o gosto ruim, mas isso é o que eu acho [...]” (P9)

“[...] A boca amarga eu acho que é por causa do estômago, a boca fica toda ressecada né? [...]” (P10)

“[...] Acredito que possa ser alguma coisa do estômago ou do fígado, porque quando eu estou mal deles eu me levanto com um amargo na boca, não sei se pode ser alguma comida, ou a acidez do estômago [...]” (P11)

“[...] Eu sempre tive, acho que isso é devido à pessoa ficar muito tempo sem alimentação. Porque eu não tenho hora para me alimentar. [...] Eu penso assim: eu sei quando eu quero me alimentar porque o meu cérebro me diz isso, como eu não coloco o alimento no estômago, eu acredito que o fígado trabalha de alguma forma que produz a boca amarga. Eu já tenho isso há tempo, nunca fiz consulta, procuro manter uma higiene bucal adequada, fui fumante depois parei e voltei a fumar de novo. Mas eu não associo ao cigarro. Eu associo ao fígado, quando estamos sem alimentação [...]” (P17)

“[...] É fígado, minha filha, estou com uma amargura na boca [...] boca amarga é problema no estômago você come mal e sente um azedume no estômago. Para muitos pode ser fígado, para mim já pode ser uma alimentação mais pesada, comeu mal, não se alimentou. Para mim é uma alimentação que não caiu bem no estômago daí eu começo a arrotar e fica aquele mau gosto na boca [...]. Pode ser problema na boca, até afta, mau hálito, até um arroto pode ser boca amarga, problema de fígado, problema de bile, problema digestivo, quando não cai uma coisa boa no estômago e até sinusite que dá cheiro ruim e boca amarga, porque fica aquele monte de secreção [...]” (P29)

Quando são usados termos médicos por pacientes ou médicos, esses podem ter significados inteiramente diferentes para o médico e para o paciente.⁴ Existiu entre os participantes da pesquisa uma relação intensa com afecções do aparelho digestivo, sendo recorrente o aparecimento dos termos: “fígado”, “estômago” e “bile”. Todavia, também foram feitas relações entre BA e higiene dentária, alimentação e tabagismo. Quando os termos “bile”, “fígado” ou “estômago” são referidos pelos entrevistados para explicar a queixa BA, mesmo usando a mesma terminologia médica, esta não é uma garantia de compreensão mútua, o que pode significar que as explicações mais simples podem não ser compreendidas tanto pelos pacientes, quanto pelos médicos.¹³

Porém, mesmo quando o funcionamento e estrutura do corpo baseiam-se em premissas cientificamente incorretas, esses modelos leigos muitas vezes possuem lógica e consistência que ajudam o paciente a “obter um sentido” sobre o que ocorreu e o porquê.⁴ Pode-se perceber claramente que o participante 17 utiliza termos médicos para explicar a BA associando-a a uma resposta do cérebro à falta de alimentação, na qual o fígado trabalha de alguma forma para produzir a BA. O que os entrevistados acreditam que deve causar a BA envolve o entendimento e o simbolismo a partir dos quais os pacientes definem as doenças e que envolvem o conhecimento do próprio corpo e das suas perturbações.

O entendimento do termo BA envolve esse simbolismo e a complexidade cultural, como é possível analisar pelos termos “revertério” e “azedume no estômago” assim como pela oscilação entre o linguajar dito “médico” e o “popular”. Essas explicações leigas formam-se a partir de conceitos incorporados das suas vivências, da mídia, da internet, do modelo médico e outros. Nesse contexto, a doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante.¹⁴

Tratamento Popular da “Boca Amarga”

A remissão da BA pode ser espontânea ou esta pode ser tratada pelo uso de chás, ervas, medicamentos e cuidados com a alimentação:

“[...] Quando eu tive, eu não fiz nada, ela passou sozinha, ao longo do dia. Se eu comesse algo doce melhorava um pouco [...]” (P3)

“[...] Essas coisas que a gente costuma ter em casa, ervas, fazia chá de malva, que é bom para o estômago, pata-de-vaca também era bom [...]” (P4)

“[...] Sabe que eu nem sei, porque eu usava tanta coisa: eu fazia gargarejo com salmoura (sal e limão), com chá de malva, tomei Sonrisal, tomei aquele Epocler também [...]” (P5)

“[...] Ah, eu não faço nada. Eu escovo os dentes só [...]” (P8)

“[...] Eu costumo colocar um doce ou uma bala na boca, e daí melhora. Já tomei chá de cidró também [...]” (P10)

“[...] Todo dia de manhã quando eu acordo eu tenho aquele gosto horrível na boca. Esses dias eu até procurei uma pasta de dentes que dizia que durava até o dia seguinte, mas não achei. Porque eu me acordo de madrugada pra escovar os dentes, mas quando é de manhã eu já tenho um gosto amargo na boca de novo [...]” (P13)

“[...] Eu escovava os dentes e às vezes usava um enxaguante bucal. Daí me aliviava só que isso não me dá sempre, só quando eu como algo forte [...]” (P18)

“[...] Com hidróxido de alumínio. Tem gente que toma Olina e diz que resolve o problema [...]” (P24)

“[...] Chá de boldo, chá de louro, losna, palminha ou catinga de mulata [...]” (P25)

“[...] Boldo, marcela, malva, carqueja, palminha crespa, catinga de mulata e mais umas outras ervas que não sei dizer os nomes. Tem algumas coisas que dá problema na garganta e aí dá a boca amarga é utilizado o chá de transagem. Também é utilizado chá de língua de vaca [...]” (P29)

“[...] Eu tomo muito chá de marcela pro fígado. Não faço mais nada pra passar, às vezes eu tomo um café de manhã [...]” (P30)

A BA pode ter remissão espontânea ou em decorrência de tratamentos relacionados à higiene bucal, utilização de remédios caseiros, plantas medicinais, nutrição e utilização de fórmulas sintéticas. Os entrevistados referiram a utilização das seguintes plantas: malva (*Malva paviiflora*);¹⁵ cidró (*Cymbopogon citratus*);¹⁵ boldo (*Plectranthus barbatus*);¹⁵ louro (*Laurus nobilis*);¹⁶ losna (*Artemisia absinthium*);¹⁷ catinga de mulata, palminha e palminha crespa (*Tanacetum vulgare*),^{17,18} carqueja (*Baccharis sp.*),¹⁸ transagem (*Plantago tomentosa*),¹⁷ língua de vaca (*Chaptalia nutans*),¹⁹ pata de vaca (*Bauhinia candicans*)¹⁷ e marcela (*Achyrocline satureoides*).^{6,15} A busca e o uso de plantas com propriedades terapêuticas é uma prática milenar e o Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta que, associado a uma rica diversidade étnica e cultural, detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais.^{16,20}

Os participantes da pesquisa também referiram o uso de fórmulas sintéticas como: Sonrisal®, Epocler®, Olina® e Hidróxido de Alumínio, além de salmoura com limão e sal, ingestão de alimentos doces, higiene bucal com escovação de dentes e uso de enxaguantes bucais. Esses tratamentos populares e até a cura da BA estão relacionados ao conhecimento tradicional e formação cultural dos participantes da pesquisa. Calcula-se que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora do sistema biomédico, por autocuidado ou busca de formas alternativas de cura, ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde.¹⁴ Desse modo, os tratamentos e manejos da BA possuem uma relação direta com o entendimento e significado que a população relaciona à queixa.

Profissionais da Saúde e a “Boca Amarga”

Em relação ao questionamento se eles tinham tido algum episódio de BA e se ela já tinha sido discutida com o seu médico ou outro profissional de saúde, os participantes referiram:

“[...] *Sabe que eu nem falo muito com as pessoas sobre isso. Às vezes o que as pessoas comentam é que é bom pra boca isso, é bom pra boca aquilo, mas só isso mesmo [...]. Não, não falei com o médico. Porque no médico tudo é demorado, tudo é uma burocracia enorme. Ai só procura o médico quando é algo mais sério assim [...].*” (P5)

“[...] *É a primeira vez que eu estou tocando nesse assunto [...].*” (P6)

“[...] *Não, por isso não. Procurei por causa do esôfago, mas não da boca amarga [...].*” (P8)

“[...] *Já, claro, porque é horrível né? A gente tá falando com a pessoa e vem aquele cheiro ruim da boca. O doutor falou que isso é por causa da acidez do estômago, ou de repente algum remédio que eu tome [...].*” (P10)

“[...] *Como pra consultar com o doutor é difícil, a gente acaba adiando [...].*” (P11)

“[...] *Não, nunca procurei por causa disso. Achei que isso é normal. Meu marido não tinha, mas de uns tempos pra cá ele se queixa que acorda com um gosto horrível na boca [...]. Nunca procurei médico nem dentista por isso [...].*” (P13)

“[...] *Não, nunca comentei nada [...].*” (P15)

“[...] *Não, porque é um assunto meio que tabu, a pessoa que tem se sente meio constrangida de mostrar isso para as outras pessoas [...].*” (P17)

“[...] *Não, nem com o médico que eu me trato [...].*” (P18)

“[...] *Não, porque é uma coisa só de vez em quando, não é sempre. E nem me incomoda muito, por isso que talvez eu não procure [...].*” (P19)

“[...] *Já, já fiz exame e tudo. Mas nos exames só deu gases [...].*” (P30)

Na sociedade, as pessoas que adoecem e não melhoram com o autotratamento fazem escolhas sobre quem consultar nos setores informal, popular ou profissional para obter ajuda.⁴ Um participante referiu que não procurou o tratamento porque só procura o médico “quando algo é mais sério”. Uma das explicações apontadas para não procurar o serviço de saúde é que o tratamento popular em geral já resolvia, ou havia a própria remissão espontânea do caso. A automedicação é utilizada frequentemente como uma alternativa à consulta com o médico, que os participantes esperavam que tratasse de condições mais graves.⁴

Porém, alguns relatos referiram que os participantes não comentaram com os seus médicos sobre a BA, e aqueles que comentaram receberam explicações simplistas, aparentemente sem uma abordagem adequada da BA. É possível que isso aconteça devido à falta de preparo adequado dos profissionais de saúde, percebendo-se um limite e insuficiência da tecnologia biomédica, visto que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.²¹ Essa dificuldade da abordagem da queixa BA pelos profissionais de saúde pode estar relacionada a lacunas que ainda existem na formação médica e antropológica em saúde.

Algumas limitações do estudo podem ser apontadas no que se refere à metodologia utilizada. A presença de um pesquisador da universidade, questionando sobre um termo como BA, pode ter gerado uma inibição e/ou dificuldade dos entrevistados em expressar com exatidão a sua compreensão sobre o termo. Outro aspecto a ser considerado, e que pode ter superestimado os resultados no que se refere ao número de participantes que já tinham vivenciado este sintoma, é o fato de o estudo ser realizado com usuários que estavam chegando à Unidade de Saúde para buscar solução para alguma de suas demandas. Sabe-se que alguns usuários buscam a USF para além das demandas de saúde, e o fato de encontrarem alguém para ouvi-los pode estimulá-los a responder afirmativamente.

Conclusões

A reflexão sobre este estudo e a análise dos resultados demonstra que a população possui uma compreensão da queixa BA, podendo na sua cultura explicá-la e tratá-la. É necessária a compreensão de que, sempre que o paciente for consultar, ocorrerá um encontro de culturas, e, assim, surgirá a necessidade da competência comunicativa intercultural para que seja possível abordar essa queixa. O estudo mostrou certa homogeneidade cultural entre os entrevistados, sem aportes significativos para falas originadas entre ACS e os demais, também não se observando diferenças expressivas entre sexos e faixas etárias.

O estudo também aponta que a queixa BA é pouco trabalhada nos consultórios médicos, mesmo sendo uma queixa comum. Torna-se fundamental analisar que muitos dos aspectos da queixa inespecífica BA possuem tratamento e explicações biomédicas. No entanto, existem poucos locais que abordam esse tipo de queixa, considerada “inespecífica”, e que pode ser pouco valorizada quando se tem pouco conhecimento em competência comunicativa intercultural, afinal não existem *guidelines* ou protocolos para queixas inespecíficas. Convém ressaltar que o objetivo deste artigo não era abordar os aspectos biomédicos da BA, mas sim a compreensão popular da queixa. Por fim, são necessários maiores estudos das doenças populares e da abordagem adequada dessas queixas, sendo este estudo apenas um início para o enfoque indispensável da boca amarga e da competência cultural necessária para os profissionais de saúde.

Agradecimentos

Os autores do artigo agradecem aos entrevistados nesta pesquisa por terem aceitado participar do estudo e terem dedicado seu tempo para que este pudesse acontecer.

Referências

1. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. “Tell me about yourself”: the patient-centered interview. *Ann Intern Med*. 2001;134:1079-85. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-134-11-200106050-00020>.
2. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
3. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *public health reports*. 2003 [acesso em 2013 May 14];118:293-302. Disponível em: <https://www.vdh.virginia.gov/ohpp/clasact/documents/CLASact/research3/118293.pdf>.
4. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Juckett G. Cross-cultural medicine. *American Family Physician*. 2005 [acesso em 2013 May 04];72(11):2267-74. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2005/1201/p2267.html>.
6. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
7. Barrier PA, Li JTC, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*. 2003;78:211-4. <http://dx.doi.org/10.4065/78.2.211>.
8. Santos FV. *O ofício das rezadeiras: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em Cruzeta/RN [dissertação]*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007 [acesso em 2013 Jun 25]. Portuguese. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/8854>.
9. López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
10. Boltong A, Keast RS, Aranda SK. A matter of taste: making the distinction between taste and flavor is essential for improving management of dysgeusia. *Support Care Cancer*. 2011 Apr;19(4):441-2. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1085-0>.
11. Berg BL. *Qualitative research methods for the Social Sciences*. 4ª ed. Long Beach: Allyn & Bacon; 2001.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. Pearson J, Dudley HA. Bodily perceptions in surgical patients. *BMJ*. 1982;284(6328):1545-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.284.6328.1545>.
14. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):62-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>.
15. Silva Júnior AA. *Essentia Herba - plantas bioativas*. Florianópolis: Epagri; 2006.

16. Morais SM, Cavalcanti ESB, Costa SMO, Aguiar LA. Ação antioxidante de chás e condimentos de grande consumo no Brasil. *Rev Bras Farmacogn*. 2009;19(1):315-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2009000200023>.
17. Steffen CJ. *Plantas medicinais - usos populares tradicionais*. São Leopoldo: Instituto Anchietano de Pesquisas/UNISINOS; 2010.
18. Couto MEO. *Coleção de plantas medicinais aromáticas e condimentares*. Pelotas: EMBRAPA; 2006.
19. Grandi TSM, Trindade JA, Pinto MJF, Ferreira FL, Catella AC. Plantas Mediciniais de Minas Gerais, Brasil. *Acta Bot Bras*. 1989;3(2):185-224. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-33061989000300018>.
20. Ministério da Saúde (BR). *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: MS; 2006 [acesso em 2013 Aug 18]. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf.
21. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Públ*. 1994;10:497-504. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>.