

## AÇÕES DE AUTOATENÇÃO DE FAMÍLIAS URBANAS E RURAIS

MARJORIÊ DA COSTA MENDIETA<sup>1</sup>; NATÁLIA ROSIELY COSTA VARGAS<sup>2</sup>;  
MANUELLE ARIAS PIRIZ<sup>3</sup>; SILVANA CEOLIN<sup>4</sup>; RITA MARIA HECK<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – [marjo.mendieta@ibest.com.br](mailto:marjo.mendieta@ibest.com.br)

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – [nataliarvargas@gmail.com](mailto:nataliarvargas@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – [manuelle.piriz@gmail.com](mailto:manuelle.piriz@gmail.com)

<sup>4</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – [silvanaceolin@gmail.com](mailto:silvanaceolin@gmail.com)

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - [heckpillon@yahoo.com.br](mailto:heckpillon@yahoo.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

A autoatenção refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, aliviar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários. Nestas práticas não há intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade, de forma que a autoatenção envolve decidir de maneira autônoma ou relativamente autônoma a forma de agir das pessoas em busca pela saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Segundo Menéndez (2003) a autoatenção pode ser dividida em dois níveis, o amplo e o restrito. O amplo seriam as ações estabelecidas pela cultura da pessoa e do grupo, especialmente o grupo doméstico. Nessa perspectiva, incluem-se cuidados e prevenção de doenças, como também atividades de preparação e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, coleta e uso de água, dentre outros. Já a restrita, refere-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado.

Neste contexto, percebe-se a família como parte essencial da autoatenção, seja ela ampla ou restrita, tanto no meio urbano, como no rural. Para que os profissionais da saúde realizem um cuidado integral aos indivíduos, faz-se cada vez mais necessário conhecer a cultura e as práticas de cuidado realizadas no âmbito familiar, alcançando uma melhor compreensão sobre as ações de autoatenção.

Uma maneira de compreender a integralidade das ações em saúde é começar por um olhar voltado à realidade das pessoas no que se refere às diferentes práticas de cuidado, aceitando e conhecendo essas práticas. Com isso, é importante que o profissional tenha um olhar para referenciais da antropologia, como Menéndez (2003), que auxilia na compreensão de que o sistema de saúde não é somente o formal. É necessário também aceitar que tanto a população urbana, como a rural, realizam ações de acordo com sua cultura. Apesar da maior proximidade com os serviços de saúde em ambos locais, ainda observa-se com frequência ações informais de saúde.

Espera-se que a prática realizada pelo enfermeiro, algumas vezes com características reducionistas, valorizando o ser individual e doente, passe a ter um olhar mais humanizado, dedicado mais à comunidade, e por meio de sua prática valorize a família como um espaço de diálogo, aquisição e transformação de conhecimento entre os indivíduos (BORGES et al., 2010).

Com isso, o objetivo deste trabalho é conhecer ações de autoatenção em situações de saúde e doença de famílias do meio urbano e rural em um município no sul do RS.

## 2. METODOLOGIA

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório (MINAYO, 2010). Os dados aqui apresentados são vinculados à pesquisa “Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul” desenvolvida pela Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Embrapa Clima Temperado, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

O estudo foi realizado no município de Pelotas/RS, no domicílio de famílias de escolares, próximo a duas escolas, sendo uma na área rural, no 9º Distrito, Monte Bonito, e uma na área urbana, no bairro Balsa, zona do Porto. Os participantes foram quatro familiares de escolares que estão cursando o 6º ano e a 7ª série do ensino fundamental. Estes foram identificados por nomes fictícios, seguido da idade, e da localidade (urbano ou rural).

Os dados foram coletados de abril a julho de 2014, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada gravada. Os dados apresentados neste trabalho são provenientes da análise de duas questões: O que vocês fazem para ter/manter a saúde; o que vocês fazem em situação de doença. Estes foram transcritos e analisados seguindo a proposta Operativa de Minayo (MINAYO, 2010), da qual emergiram duas categorias: ações amplas de autoatenção e ações restritas de autoatenção, seguindo o referencial teórico de Eduardo Menéndez. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel sob número de protocolo 020/2011. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e a pesquisa atende a todas as normas da resolução 466/2012 sobre a pesquisa com seres humanos.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre a população estudada, três participantes são mulheres, e um homem, sendo dois residentes na área urbana e dois na rural. A faixa etária oscilou entre 42 e 62 anos. Três possuem ensino fundamental incompleto e um ensino superior incompleto.

Ao questionar os participantes sobre suas ações para ter/manter a saúde, constatou-se que estas são, de uma maneira geral, ações amplas de autoatenção, que incluem alimentação, cuidados com a casa e com o corpo, como podemos observar nas seguintes falas:

“Um boa alimentação, balanceada né, coisas naturais [...] Nós temos (plantado), temos a horta, frutas.” (Bolto, 62, rural)

“É mais com a prevenção mesmo. Cuidados com a casa, não deixar a casa muito fechada, abrir, pegar sol, botar essas coisas na rua pra pegar sol. [...] Quando tiver mais frio, o tempo muda, mais já prevenção de usar mais roupa” (Cidrão, 42, rural)

“A higiene.” (Limão, 52, urbano)

É possível perceber que algumas ações para manter a saúde estão fortemente ligadas a atividades diárias e domésticas, como manter uma alimentação balanceada, não se expor ao frio e manter a casa arejada, por exemplo. Práticas que podem ser aprendidas no âmbito familiar, sem participação direta de profissionais da saúde. Entretanto, há também ações de autoatenção amplas, relacionadas ao modelo biomédico, tanto no meio urbano, como no rural. Os discursos a seguir demonstram essa realidade:

“Eu faço a vacina da gripe.” (Cidrão, 42, rural)

“A gente vai nos postos de saúde, agora mesmo fiz o pré-câncer.”  
(Limão, 52, urbano)

“Eu tenho feito uns exames de rotina.” (Boldo, 62, rural)

As práticas amplas de autoatenção relacionadas ao modelo biomédico são voltadas à prevenção. Destaca-se que ambas ações são de extrema importância (populares ou biomédicas), e que a união destas contribui para uma melhor condição de saúde da população.

As diversas formas de cuidado à saúde ou doença têm relação direta com condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas e científicas, que tem desenvolvido formas diferenciadas de cuidado, sendo algumas vezes consideradas antagônicas, especialmente entre a biomedicina e grande parte das outras formas de atenção. Entretanto, é cada vez mais necessário que os profissionais deixem de negar e excluir essa realidade, e possam compreender que estas podem ser articuladas, a fim de se alcançar um cuidado integral (MENÉNDEZ, 2005).

Uma ação que se destacou nos discursos dos participantes é a utilização de plantas medicinais. É interessante observar que os “chás”, como eles referiram, fazem parte de suas práticas de autoatenção amplas e restritas, visto que estes as citaram quando questionados sobre as ações para ter/manter a saúde, assim como em situações de doença.

“A maior parte é fazer chazinhos.” (Poejo, 59, urbano)

“A gente apela primeiro para os chás.” (Boldo, 62, rural)

“Geralmente usa (plantas medicinais) antes de ir no posto, porque geralmente quando vai no posto tá mal da gripe, mas geralmente ela (médica) não vai dar um remédio, um antibiótico, a não ser que você tenha uma infecção, vai aparecer depois, geralmente eu uso muito é transagem também como um chá, que é um antibiótico muito bom.”  
(Cidrão, 42, rural)

Nas sociedades capitalistas e desenvolvidas, atualmente vem aumentando as práticas alternativas ou complementares, que de certa forma pode ser uma reação a características do modelo biomédico, mas este pode não ser o fator decisivo (MENÉNDEZ, 2003).

Vários são os fatores que podem influenciar o uso dessas terapias, a exemplo das plantas medicinais, como o fácil acesso, baixo custo, credibilidade na sua eficácia, dentre outros. Além da comprovação da ação terapêutica de muitas plantas utilizadas popularmente, elas representam parte importante da cultura da população, sendo difundida ao longo das gerações (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

As práticas populares representam uma maneira importante de lidar com o processo de saúde e doença. Com frequência, as pessoas decidem o tipo de cuidado que irão realizar, com base nos referenciais compartilhados por sujeitos que convivem e interagem, utilizando desta maneira, diferentes tipos de ações para ter ou manter sua saúde (FRANCIONI, 2010), influenciados por valores culturais.

Quando os participantes foram questionados de suas ações em situação de doença, com exceção do uso de plantas medicinais, os discursos de maneira geral, fizeram referência ao modelo biomédico, como podemos observar nas seguintes falas:

“Procura o posto de saúde.” (Cidrão, 42, rural)

“Procuro um médico.” (Poejo, 59, urbano)

“Quando ta demais tem que ir para o hospital.” (Limão, 52, urbano)

Percebe-se a inquestionável importância que o modelo biomédico tem no cuidado a saúde e doença, por suas tecnologias e instrumentos que vão, algumas vezes, além da capacidade de algumas práticas populares. Entretanto, destacamos que o conhecimento científico que permitiu o desenvolvimento de alguns procedimentos de cura de doenças baseou-se de forma incontestável nos conhecimentos populares (DI STASI, 2007). Desta forma, torna-se essencial a valorização dos conhecimentos populares e a integração dos mesmos dentro das formas de atenção existentes.

Além das falas expostas, surgiram ainda durante as entrevistas discursos que remeteram à falta de recursos financeiros para manter a saúde, como por exemplo, para cuidar melhor da alimentação, referindo que geralmente consome-se somente “arroz e feijão”, visto que é o possível de ser adquirido. Foi relatada também a preocupação de realizar ações de prevenção para não precisar ir ao médico, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Diante disto, percebeu-se que os indivíduos realizam atividades de autoatenção em seu dia-a-dia, tanto no âmbito amplo, quanto no restrito. Além disso, transitam por diferentes formas de atenção à saúde, utilizando-se de conhecimentos populares, bem como buscam por cuidados do sistema oficial de saúde, realizando uma constante articulação entre as práticas populares e o modelo biomédico.

#### 4. CONCLUSÕES

Observou-se que houve semelhanças nas falas dos entrevistados apesar dos mesmos pertencerem a contextos diferenciados. Percebeu-se ainda a importância de conhecer as ações de autoatenção, para que se realize um cuidado integral, por meio da articulação entre as formas de atenção popular e profissional. Diante disso, é essencial que enfermeiros, e demais profissionais da saúde tenham a percepção desta necessidade para que possam articular sobre as diferentes práticas de autoatenção em situações de saúde e doença.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, A. M. et al. A inserção das plantas medicinais enquanto prática da enfermagem: Um crescente desafio. **Revista Enfermería Global**, v.24, p.01-08, 2010.
- DI STASI, L. C. **Plantas medicinais: verdades e mentiras – O que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber**. São Paulo: UNESP, 2007.
- FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social**. 2010. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p.33-69, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 115-121, 2006.